

TRINELLI

THOMAS SZASZ

SESSO A TUTTI I COSTI

ALLARMANTE VERITÀ
ELLE ODIERNE TERAPIE SESSUALI



THOMAS SZASZ SESSO A TUTTI I COSTI

L'allarmante verità sulle odierne terapie sessuali

Nulla sembra interessare più del sesso, eppure nulla più del sesso rimane avvolto nel mistero, nonostante l'inesauribile profluvio di libri sull'argomento. In quest'opera scritta con grande franchezza, Thomas Szasz, il celebre autore de *Il mito della malattia mentale*, un libro che ha aperto nuove direttrici di ricerca, ce ne spiega le ragioni. Szasz traccia un quadro molto preciso, ma ben poco lusinghiero, per non dire imbarazzante, degli scienziati, degli pseudoscienziati e dei puri e semplici ciarlatani che popolano il mondo dell'educazione e delle terapie sessuali: vi ritroviamo personaggi di primo piano come Mary Calderone del SIECUS (Consiglio per l'informazione e l'educazione sessuali degli Stati Uniti) e l'équipe di Masters e Johnson.

L'idea oggi di moda secondo cui il sesso è un bene è, come Szasz dimostra in modo vivace e arguto, priva di senso e di basi scientifiche non meno di quanto lo fosse l'idea, ora propugnata soltanto dai seguaci di alcune fedi religiose, secondo cui il sesso sarebbe un male. La nostra sessualità, comunque si manifesti, non fa che svelare ed esprimere ciò che siamo e ciò che vorremmo essere. In realtà, non esistono "disturbi sessuali" come l'"**iaculazione precoce**" o la "frigidity" che si possano curare con delle "terapie sessuali"; esiste soltanto il problema, che non avrà mai una soluzione definitiva, di realizzare e plasmare la nostra vita. Affidare la gestione della nostra vita sessuale agli "esperti" e ai terapisti del sesso significa soltanto eludere questo problema, a tutto discapito della nostra integrità fisica e mentale, e delle nostre tasche.

Nel sostenere in termini assai convincenti che l'approccio medico ai problemi sessuali ne favorisce una concezione disumana e falsa, Szasz mette spietatamente sotto accusa tutti coloro che mirano ad utilizzare degli stanziamenti pubblici per manipolare comportamenti personali come quello sessuale. In *Sesso a tutti i costi* c'è una salutare dose di scetticismo da contrapporre all'ipocrisia e al cinismo degli onnipresenti "esperti" sessuali.

Thomas Szasz, *psichiatra, autore prolifico (ha pubblicato con successo presso la Feltrinelli I manipolatori della pazzia 1972; Disumanizzazione dell'uomo 1974; Il mito della droga 1977; Il mito della psicoterapia 1981), è docente di psichiatria alla State University of New York di Syracuse. Vive a Manlius, New York.*

In prima di copertina: senza titolo, tempera di Angela Gorgus, 1978.

- BRUNO BETTELHEIM**, *Psichiatria non oppressiva. Il metodo della Orthogenic School per bambini psicotici*
- BRUNO BETTELHEIM**, *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicanalitici delle fiabe*
- BRUNO BETTELHEIM**, *Sopravvivere*
- SMILEY BLANTON**, *La mia analisi con Freud*
- ROMANO CANOSA**, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*
- GILLES DELEUZE**, *Logica del senso*
- ELVIO FACHINELLI**, *Il bambino dalle uova d'oro. Brevi scritti con testi di Freud, Reich, Benjamin e Rose Thé*
- FRANCO FORNARI**, *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*
- LAURA FORTI (a cura di)**, *L'altra pazzia*
- IMRE HERMANN**, *L'istinto filiale*
- LUCE IRIGARAY**, *Speculum. L'altra donna*
- GIOVANNI JERVIS**, *Manuale critico di psichiatria*
- GIOVANNI JERVIS**, *Il buon rieducatore. Scritti sugli usi della psichiatria e della psicanalisi*
- GENNY E PAUL LEMOINE**, *Lo psicodramma. Moreno riletto alla luce di Freud e Lacan*
- L. ONNIS E G. LO RUSSO (a cura di)**, *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*
- GIORGIO QUINTAVALLE**, *La comunicazione intrapsichica. Saggi di semiotica psicoanalitica*
- GEZA RÓHEIM**, *Origine e funzione della cultura*
- RENATO A. ROZZI**, *Psicologi e operai*
- EUGENIA SCABINI**, *Ideazione e psicoanalisi*
- MORTON SCHATZMAN**, *La famiglia che uccide*
- MORTON SCHATZMAN**, *Storia di Ruth. Un'incalzante indagine psichiatrica*
- R. SCHÉRER, G. HOCQUENGHEM**, *Coire. Album sistematico dell'infanzia*
- MARA SELVINI PALAZZOLI e al.**, *Sul fronte dell'organizzazione. Strategie e tattiche*
- CONRAD STEIN**, *L'immaginario: strutture psicoanalitiche*
- KLAUS STRZYZ**, *Narcisismo e socializzazione. Trasformazione sociale e il mutamento di dati caratteriali*
- THOMAS S. SZASZ**, *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America*
- THOMAS S. SZASZ**, *Disumanizzazione dell'uomo. Ideologia e psichiatria*
- THOMAS S. SZASZ**, *Il mito della droga. La persecuzione rituale delle droghe, dei drogati e degli spacciatori*
- THOMAS S. SZASZ**, *Il mito della psicoterapia. La cura della mente come religione, retorica e repressione*
- PAOLO TRANCHINA**, *Norma e antinorma. Esperienze di psicanalisi e di lotte antistituzionali*

Thomas S. Szasz

Sesso a tutti i costi

L'allarmante verità
sulle odierne terapie sessuali



Feltrinelli Editore Milano

Titolo dell'opera originale
Sex by Prescription, The Startling
Truth about Today's Sex Therapy
(Anchor Press/Doubleday, Garden City, New York 1980)
Copyright © 1980 by Thomas Szasz

Traduzione dall'americano di
Guido Viale

Prima edizione italiana: marzo 1982

Copyright by



Giangiaco Feltrinelli Editore
Milano

indice

Pagina 11 *Ringraziamenti*

13 *Prefazione*

La medicina sessuale

21 1. *Il sesso e l'io*

31 2. *Il sesso come malattia*

41 3. *Il sesso come cura (in teoria)*

61 4. *Il sesso come cura (in pratica)*

80 5. *La chirurgia sessuale*

L'educazione sessuale

105 6. *La religione come educazione sessuale*

118 7. *L'educazione sessuale (per i bambini)*

130 8. *L'educazione sessuale (per i medici)*

152 9. *Il sesso e lo stato*

158 10. *Il sesso su ricetta*

165 *Note*

a Lynn

Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato durante la preparazione di questo libro, *e* soprattutto i miei colleghi e amici Sally Foster, Laura Neville, Ralph Raico, Anthony Trimarchi e Lynn Wilcox; mio fratello George Szasz e mia figlia Susan Marie Szasz; i redattori della Doubleday, Elizabeth Frost Knappman, Harriet Rubin e Nora Titterington; il personale della Biblioteca della State University di New York e dell'Upstate Medical Center e la mia segretaria Barbara Svoboda.

Prefazione



Nei secoli passati, quando la gente parlava di "dottori", era piii probabile che pensasse ai preti che non ai clinici. Oggi succede l'esatto contrario. Questa metamorfosi, insieme ad un rovesciamento dei valori cieco quanto ostinato, riassume in sé la trasformazione fondamentale del modo in cui l'occidente guarda al sesso, dai tempi dei Padri della Chiesa a quelli dei terapisti del sesso.

"Ero prigioniero", scrive S. Agostino, "di questa malattia della carne... che solo tu [Dio] puoi curare". Per questo grande Dottore della Chiesa del quarto secolo, il desiderio sessuale era una malattia; per i grandi dottori del coito di oggi, è la mancanza di desiderio sessuale a costituire una malattia. "La mancanza di desiderio sessuale", sostiene Helen Singer Kaplan, docente di psichiatria al Cornell Medical Center, una delle piú note terapisti del sesso, "rappresenta probabilmente la disfunzione sessuale piii diffusa". È certo che tra le conquiste della moderna istruzione va annoverato anche il fatto che gli uomini e le donne che non conoscono nemmeno il significato del termine "concupiscenza", sanno, nondimeno, che esso designa inconfondibilmente la libertà di quella tremenda "malattia del desiderio" tanto cara agli esperti di sessuologia moderni.³

I dottori in teologia e i dottori in medicina, gli ecclesiastici e i clinici, hanno molte cose in comune, soprattutto quando si tratta dei problemi del sesso. **Quello** che li acco-

muna piú di ogni altra cosa è l'arrogante certezza che loro, e **solo** loro, sanno come Dio o la Natura vogliono che si tragga piacere sia in **campo** sessuale, come in ogni altro. **Per** questo essi sono sempre stati, e tutto lascia credere **che** continueranno sempre ad essere, non dei grandi maestri, come vorrebbe il loro nome di "dottori", ma dei **grandi** ficcanaso. Sia i preti che i clinici hanno **piú** volte cambiato opinione su quello che dovremmo fare per essere in armonia con i disegni di Dio o della Natura; ma questo non li ha mai portati a nutrire il minimo dubbio sul fatto di essere gli autentici interpreti e coadiutori di questi disegni. Un ottimo esempio ci viene offerto dal problema **dell'auto-gratificazione** sessuale (che ora viene in genere chiamata masturbazione).

Gli uomini e le donne — e ovviamente, anche i bambini — devono avere sempre saputo che sfregare i genitali provoca una piacevole scarica della tensione sessuale. Persino alcuni mammiferi e primati hanno scoperto, con l'esperienza, questa elementare nozione dell'educazione sessuale. "Vorrei con tutte le mie forze", affermava il filosofo greco Diogene (nel quarto secolo a.C.), "poter soddisfare la fame, quando il mio ventre brontola, sfregandolo." **Nell'epoca** paradossalmente denominata Illuminismo, questo elemento di intuito sessuologico è stato sostituito dal dogma medico noto come "dottrina della pazzia masturbatoria".⁵ Per oltre duecento anni — compresa una buona parte del ventesimo secolo — i massimi esponenti della scienza e del pensiero occidentali hanno continuato a sostenere che la masturbazione provocava una quantità di malattie e che essa stessa era una **malattia**. Ora invece sostengono che essa cura un gran numero di malattie e che l'astinenza da essa, al contrario, è una malattia. Diogene e gli uomini del suo tempo la sapevano **piú** lunga: avevano capito che il **desiderio**, sia di cibo sia di sesso, non era affatto una malattia; e che la soddisfazione del desiderio, comporti essa atti di natura alimentare o erotica, non è affatto una terapia.

Mangiare e copulare sono sempre state cose **impor-**

Prefazione

tanti per gli uomini ed è probabile che tali rimangano. Ciascuno di questi due comportamenti soddisfa un bisogno biologico fondamentale: mangiare, la sopravvivenza dell'individuo; copulare, la sopravvivenza della specie. Ciascuno di essi può rappresentare una ricca fonte di piacere, attraverso la soddisfazione del desiderio, ma anche una grande fonte di sofferenza, per svariate ragioni, tra cui le malattie o quegli stati ritenuti di malattia. Il comportamento alimentare e quello sessuale presentano **così** tre diversi aspetti: uno spirituale, uno suntuario e uno igienico. Se vogliamo sapere che cosa Dio ci permette o ci proibisce di ingerire, andiamo dal rabbino o dal prete. **Se** vogliamo accrescere il piacere che traiamo dal mangiare, ci rivolgiamo invece a un grande cuoco; se vogliamo guarire dalle malattie dell'apparato digerente, ci rivolgiamo al medico. Analogamente, gli aspetti religiosi e rituali del sesso sono di competenza del sacerdote e del teologo; gli aspetti estetici ed edonistici competono al poeta e al pornografo, * mentre gli aspetti medici — cioè le malattie degli organi sessuali e la loro cura — sono di competenza del sessuologo.

Se, quando, con chi e come ogni persona debba avere un'attività sessuale dipende dal fatto che voglia piacere a Dio, oppure accrescere il proprio godimento erotico, oppure ancora curare la propria salute. Pertanto, chiedersi quanti orgasmi debba avere una donna è un po' come chiedersi quanti figli debba avere. Un tempo **nell'Occidente** cristiano si credeva che le donne dovessero avere quanti **più** figli e quanti meno orgasmi possibili; ora credono esattamente il contrario. **Queste** convinzioni sono molto importanti, ma non hanno assolutamente nulla a che fare con la medicina. In altri termini, che rapporto **c'è**, se c'è, tra la buona cucina e la medicina, tra il mangiare in modo **epicureo** e le malattie dell'apparato digerente, tra il piacere di mangiare e

* Webster definisce **pornografici** tutti gli scritti e le illustrazioni oscene o licenziose. Io uso, qui e altrove, questo termine, in **senso** non peggiorativo, riferendomi a qualsiasi scritto esplicitamente sessuale. I libri di cucina stimolano il desiderio per il cibo. I libri di sesso stimolano il desiderio per il sesso. I sessuologi, da **Ebing** a **Masters e Johnson**, hanno sempre negato questo fatto elementare, ma hanno proficuamente tratto profitto dalla pornografia.

Prefazione

di bere e la psichiatria? Questa domanda è palesemente assurda. Ogni persona istruita sa che se vuole imparare a mangiare bene deve consultare **l'Artusi** e non il suo gastroenterologo; e che i medici insegnano alla gente come **astenersi** dal mangiare e dal bere, e non come dedicarsi a questi "piaceri".

Ma quando si tratta di sesso, questo elementare buon senso svanisce. Oggi chiunque sa che i medici, e soprattutto i **ginecologi** e gli psichiatri, sono degli esperti di sesso. Quando qualcuno vuole provare piacere nel coito o nella masturbazione o in qualche altra attività erotica, chiede consiglio al medico. Questa follia si fonda sulla convinzione che i medici, conoscendo bene la fisiologia e la patologia degli organi genitali, siano anche degli esperti nel campo delle passioni e del godimento erotici.

Mangiare è una funzione fisica fondamentale. Ma noi non consideriamo il mangiare una malattia o un problema medico di per sé. Pensiamo che siano una manifestazione di malattia solo determinati disturbi di questa funzione: per esempio quelli che accompagnano il cancro all'esofago. E non presupponiamo affatto che i medici esperti di cancro all'esofago lo siano anche di problemi quali: se la gente debba mangiare con coltello e forchetta oppure con le bacchette cinesi; seduta su una sedia o sdraiata su un divano o un tappeto.

Come tutti gli altri organi del corpo, anche quelli sessuali sono soggetti a malattie. Inoltre, pur escludendo le malattie specifiche che colpiscono i genitali, il rapporto sessuale può provocare due stati che la gente ha spesso considerato indesiderabili e che quindi ha cercato di evitare: la gravidanza e le malattie veneree. E, poiché la prevenzione della gravidanza e delle malattie contagiose richiede delle conoscenze mediche, il medico può effettivamente arrivare ad occuparsi molto da vicino di questioni sessuali. Questa è la ragione per cui la contraccezione, la prevenzione e la cura delle malattie veneree hanno costituito due degli accessi attraverso cui i medici hanno fatto il loro in-

gresso nella sfera della sessualità umana. Un terzo **acceso** — forse quello **piú** importante per la sessuologia **moderna** — è costituito dai cosiddetti disturbi della funzione sessuale, come l'impotenza e la frigidity.

Ma che cosa sono esattamente l'impotenza e la **frigida**? In che modo dobbiamo considerarle, affrontarle e "**curarle**"? L'impotenza — l'incapacità di avere o di mantenere un'erezione — può essere la manifestazione di una malattia, per esempio di una sclerosi multipla; ma può **anche** essere la manifestazione della coscienza di un uomo che, **per** esempio, crede che certi atti sessuali (o anche tutti) siano peccaminosi e proibiti. La frigidity — l'**incapacità** della donna di provar piacere in determinati (o in tutti gli) atti sessuali — può essere anch'essa la manifestazione di uno stato morale oppure medico. In altri termini, la presenza o l'assenza di appetito, sia di cibo sia di soddisfazioni sessuali, può dipendere dallo stato del **corpo** o dal carattere della **persona**. Provare ripugnanza per la carne dei gatti, dei cani e degli esseri umani, con conseguente mancanza di secrezioni **salivari** o gastriche di fronte a questi cibi, anche se affamati, non verrebbe mai considerata una manifestazione di un disturbo dell'apparato digerente. Ma anche la mancanza di eccitazione sessuale in certe situazioni è in genere un problema analogo, cioè la manifestazione dei veri sentimenti di una persona in proposito. Come ha detto un uomo di spirito, il pene non mente mai. Ma i **sessuologi** invece lo fanno, soprattutto perché vogliono far passare dei valori morali e delle scelte politiche per **diagnosi** e per **cure** mediche. La sessuologia "scientifica" è un vero e proprio cavallo di Troia: anche se sembra un dono dello spirito moderno per aiutare il genere umano nella sua lotta per la propria dignità e libertà, in realtà non è altro che un nuovo strumento di **pacificazione** e di **asservimento**.

La medicina sessuale

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

Il sesso e l'io

Il sesso è uno sport di corpo a corpo. Guardarlo non è pericoloso ma è piú divertente praticarlo. Sebbene, il sesso sia un gioco rischioso, si finge sempre che non lo sia. Però, è proprio la sua pericolosità, assai piú del suo mistero, a fornire agli "esperti" del sesso la schiera dei loro seguaci. Con il pretesto di insegnare alla gente come giocare bene il gioco del sesso, i sessuologi la seducono, facendole credere di poter insegnare il modo di giocarlo con sicurezza: cosa che ovviamente nessuno può fare. Perché? Perché la pericolosità della sessualità umana dipende dal fatto che gli atti sessuali sono molto personali. Il comportamento sessuale verso un'altra persona è rischioso, perché in esso ci si svela, e perché i bisogni dei partecipanti cambiano spesso e di rado sono totalmente complementari." Non c'è modo di evitare questo fatto. La vita è fatta così; è forse triste ricordarlo, ma la costituzione sessuale umana non si è evoluta nella sua forma attuale per rendere armoniosi i rapporti tra i sessi.

Dopo il bisogno di sonno, di acqua e di cibo, l'impulso sessuale è la nostra spinta biologica piú potente. Tuttavia, né la liberazione né l'inibizione di questo impulso costituiscono o provocano di per sé una malattia,"" Questo

* Questa è la ragione per cui i legami sessuali possono essere una grossa forza al servizio della cooperazione sociale, ed è anche la ragione per cui la sessualità solitaria (masturbatoria) piace tanto agli educatori sessuali moderni.

** Non prendo qui in considerazione il rischio di contrarre delle malattie veneree, che stanno al sesso come il rischio di contrarre una infezione per via orale sta ai mangiare.

fatto degno di nota dovrebbe bastare a renderci scettici sulle attuali pretese della medicina a proposito della patologia e della terapia delle disfunzioni sessuali. Eppure, è l'accettazione stessa di termini come "disfunzioni sessuali", "disordini sessuali" e "patologia sessuale" a indurci a credere nell'esistenza di queste condizioni.

Il nostro linguaggio informa e **definisce** persino le nostre percezioni. Quando parliamo di disfunzioni sessuali, ciò implica che le etichette di questi presunti disordini diano un nome a delle condizioni sessuali anormali, che esistono realmente, così come, per esempio, esiste il cancro al colon. Ma le cose non stanno così.

Una dimostrazione dei paraocchi che il nostro **linguaggio impone** al nostro modo di concepire la **sessualità umana** sta nel fatto che noi disponiamo di un solo termine per **indicare** l'esperienza del piacere legata alla scarica della **tensione** sessuale. A causa di questo vincolo verbale, i **sessuologi** si esprimono come se esistesse un orgasmo, o **un'esperienza** di orgasmo, sempre uguale sia per gli uomini sia per le donne. Ma ciò contraddice il senso comune e l'esperienza comune. Una persona non prova sempre **lo** stesso piacere ogni volta che mangia lo stesso cibo o che beve la stessa bevanda, indipendentemente da quanto le piacciono queste sostanze. Inoltre, sebbene il nostro corpo sia predisposto a provare il piacere sessuale, dobbiamo però acquisirne l'esperienza con l'apprendimento. Come non tutti reagiamo nello stesso modo alla musica o al cibo così non reagiamo allo stesso modo nemmeno al sesso. In realtà, le forme dell'esperienza sessuale umana sono tanto ricche e varie quanto lo sono le forme dell'esperienza religiosa.*

Alcuni paragoni tra il mangiare e il sesso ci possono

* The *Homosexual Matrix* di C. A. Tripp contiene **un'ampia** esposizione delle **somiglianze** fondamentali tra la religione e il sesso, tra il modo in cui gli esseri umani adorano gli dei e quello in cui si adorano tra di loro. Per esempio, queste osservazioni di Tripp (che non sono state fatte però a questo scopo) si applicano alle pratiche religiose **ancor più** che alle pratiche sessuali: "Un giudizio onesto su quello che fanno (in campo sessuale) gli altri esige la massima cautela, tanto **più** in quanto ogni tecnica particolare è destinata a sembrare ridicola a coloro per i quali non riveste alcun valore?"

aiutare a vedere con maggiore chiarezza le attuali convinzioni dei sessuologi. Proviamo a guardare il mangiare come se fosse una prestazione orogastrica, cioè un insieme di azioni compiute dalla bocca, dalle ghiandole **salivari** e gastriche, dall'esofago e dallo stomaco. Quali sono le varie prestazioni orogastriche che possono venir fornite da una persona **affamata** di fronte alla possibilità di mangiare un certo alimento, per esempio, delle ostriche? Non abbiamo bisogno né di conoscere la gastroenterologia (cioè la scienza delle malattie dell'apparato digerente), né la gastronomia (cioè, l'arte del mangiar bene) per sapere che le reazioni di questa persona possono rientrare in una delle seguenti categorie: può rifiutarsi di mangiare le ostriche ed esserne del tutto soddisfatto; può fingere di accettare le ostriche, provandone schifo, e finire col vomitarle; può accettare le ostriche e ingerirle, ma senza provare alcun piacere; o può desiderare ardentemente delle ostriche, **assaporarle** lentamente e provare un grande piacere nel mangiarle. Nessuno di questi casi viene considerato un problema medico; e non disponiamo di alcun termine diagnostico greco-latino per designare questi atteggiamenti nei confronti del cibo.

Ora proviamo a guardare nello stesso modo il rapporto eterosessuale di un uomo, come se si trattasse della prestazione di un pene. Quali sono le varie **prestazioni** che possono venire fornite da un uomo con un forte appetito sessuale di fronte alla possibilità di compiere un determinato atto sessuale, per esempio un coito con una bellissima donna, desiderosa e già fornita di una sua esperienza sessuale? Anche qui, non c'è bisogno di essere degli esperti di sesso per sapere che le reazioni di quest'uomo possono rientrare in uno dei seguenti ben noti casi: può rifiutare questa occasione sessuale perché moralmente inaccettabile ed esserne del tutto soddisfatto; può cercare di iniziare un rapporto, ma scoprirsi incapace di avere un'erezione; può avere l'erezione, ma eiaculare subito dopo la penetrazione o persino prima di essa; può avere un'erezione, penetrare,

ma sentire come se il suo pene fosse **anestetizzato** e incapace di **eiacularre**; infine, può avere un **coito** molto eccitante e soddisfacente. Anche se tutto ciò è **piú** che ovvio, quando cataloghiamo questi modelli di comportamento sessuale, vediamo che, mentre il nostro linguaggio non applica nessuna etichetta di malattia o di salute alle varie reazioni che un uomo può avere di fronte a un problema di cibo, di fronte a un "oggetto sessuale",* invece, queste etichette ci sono. **Cosí**, per **piú** di un secolo, termini come "impotenza", "eiaculazione precoce" e "eiaculazione tardiva" sono stati accettati come nomi che designavano determinati stati anormali o patologici del cosiddetto apparato sessuale maschile, o delle funzioni sessuali maschili. Si tratta di un vero e proprio nonsenso. Ovviamente, non sto dicendo che le prestazioni sessuali che ho descritto non si verifichino effettivamente o non siano reali. Sto solo negando che questi fenomeni siano *ipso facto* delle malattie o dei problemi medici.'

In ogni caso, **alcuni** di questi fenomeni possono essere dovuti a malattie organiche o agli effetti di qualche droga. In particolare, l'impotenza può essere dovuta a una malformazione congenita del pene (il che è raro); a una lesione dei nervi che collegano i genitali (il che può costituire una complicanza o una inevitabile conseguenza collaterale di un'operazione chirurgica pelvica o urogenitale); a certe droghe (per esempio l'alcool, i sedativi o altri agenti psicoattivi), oppure a certe malattie sistemiche (per esempio, il diabete, una grave arteriosclerosi, la leucemia). La frigidità può avere delle cause analoghe. La distinzione tradizionale tra disordini sessuali organici e psicogenici rimane di importanza fondamentale.** In tutto questo libro, quando non affermo esplicitamente il contrario, mi riferisco solo al secondo gruppo di fenomeni, cioè **alle cosiddet-**

* Siccome il linguaggio della medicina e della sessuologia medicalizzano e disumanizzano tutto, esso non serve assolutamente per raccontare la vita sessuale degli uomini e delle donne come persone. Però serve molto se si vogliono presentare gli esseri umani come mutilati, idioti o degenerati sessuali.

** C'è una nuova tecnica diagnostica — la misurazione della "tumescenza notturna del pene" (erezione nel sonno) — in grado di fornire un metodo per distinguere l'impotenza organica da quella psicogenica.'

te disfunzioni sessuali denunciate da persone dotate di **un** corpo sano, o affette da malattie che non sminuiscono le **loro** capacità sessuali.

I difetti del cuore, dei polmoni o del fegato **nell'assolvere** le loro funzioni vengono sempre considerati una **malattia**, sia negli uomini che nelle donne. Questo non sempre è vero nel caso di incapacità degli organi sessuali ad assolvere le loro; alcune di queste mancate funzioni non rientrano assolutamente nel **novero** delle malattie, mentre altre possono costituire una malattia per uno dei sessi, ma non per l'altro. Una rapida rassegna dei disordini sessuali (relativi al coito) normalmente riconosciuti ci permette di illustrare questo punto.

1. La persona vuole fornire una prestazione sessuale — o crede e dichiara di volerlo — ma non è in grado di farlo; nell'uomo questa si chiama impotenza, nella donna, **vaginismo**. Il termine "frigidity" non va applicato a questa **condizione** (anche se a volte lo è) perché le donne possono **adattarsi** ad una forma essenzialmente passiva di prestazione sessuale (cioè senza attività genitale). Questo è il motivo per cui il rifiuto inconscio dell'atto sessuale si manifesta nella donna con un **irrigidimento** dei muscoli vaginali, **mentre** nell'uomo, che deve essere genitalmente attivo per fornire una prestazione sessuale, si manifesta con un **rilassamento** del pene.

2. La prestazione sessuale di una persona viene ritenuta troppo rapida: nell'uomo questa si chiama eiaculazione precoce (ejaculatio praecox); nelle donne non viene considerata una malattia e non ha nome.

3. La prestazione sessuale di una persona viene ritenuta troppo lenta: negli uomini questa si chiama eiaculazione **tardiva** (ejaculatio retardata); nelle **donne** in genere non viene considerata una malattia e non ha un nome; oppure la si può chiamare frigidity.

4. La prestazione sessuale è normale, ma il soggetto

non prova alcun piacere: nelle donne questa si chiama **fri-**gidità o anorgasmia; negli uomini essa, fino a poco tempo fa, non era considerata una malattia, ma oggi viene **anch'es-**sa chiamata anorgasmia.

5. Gli atti sessuali vengono evitati deliberatamente e il soggetto considera meritorio il fatto di non compierli; questa si chiama **castità** sia negli uomini sia nelle donne (e può essere o non essere considerata una malattia).

Invece di considerare le disfunzioni sessuali dei disturbi, potremmo ritenerle, con maggiori vantaggi, la soluzione di determinati compiti della vita, cioè come l'espressione dello stile di vita di un individuo. Prendiamo per esempio in considerazione l'uomo che termina l'atto sessuale molto rapidamente (cosa che Kinsey considerava normale, ma che ora in genere viene chiamata eiaculazione precoce). Di per sé, quest'uomo può essere insoddisfatto della sua prestazione, ma può anche non **esserlo**. Noi dobbiamo trattarlo come un uomo che pensa che mangiare significhi divorare un hamburger e un piatto di patate fritte in tre minuti tondi. Un uomo del genere non è decisamente un buongustaio: non sa assolutamente mangiare come un buongustaio — cioè far durare un pranzo di sette portate con relative bevande per tre ore, godendosene ogni singolo minuto. Analogamente, il soggetto che compie l'**at-**to sessuale rapidamente non è un buongustaio sessuale; non sa — per una ragione qualsiasi — come prolungare l'atto sessuale. Se vuole cambiare questo stato di cose, dovrà imparare nuovi modelli di comportamento sessuale. Questo obiettivo si può raggiungere in molti modi, che vanno dal self-help alla lettura, alla pratica e all'assistenza di partners sessuali disponibili e munite di esperienza, a una gamma di sistemi di consulenza, di psicoterapie o di cosiddette terapie sessuali. Anche se in generale io sono contrario e scettico nei confronti di un approccio professionale ai problemi sessuali, niente di quanto sostengo in questo libro mira a far credere che tutti gli aiuti di ordine

medico, psicologico o psichiatrico alle persone che desiderano questo tipo di assistenza per far fronte alle loro difficoltà siano privi di valore.

Dobbiamo ricordare che un tempo, anche gli **esorcismi** "funzionavano". Che funzionassero è un fatto; ma questo non prova che le persone che ricevevano questo tipo di aiuto fossero possedute dai demoni. Alcune nuove (ma anche vecchie) terapie sessuali funzionano, possono cioè mettere alcune persone in grado di avere delle attività sessuali in modo più libero, più completo o più piacevole di prima. Ma questo non prova la validità delle pretese dei terapisti sessuali rispetto alle loro idee o ai loro interventi. Il modo di operare delle nuove terapie sessuali si può spiegare facilmente con ragioni semplici e di buon senso. I clienti che desiderano una terapia sessuale vedono nei loro terapisti delle autorità, degli esperti guaritori, dei medici, degli scienziati. Ciò consente agli esperti di assolvere i loro pazienti dalla loro ignoranza o inettitudine sessuale e di autorizzarli a praticare degli atti sessuali che essi prima ritenevano proibiti o di cui avevano paura. **Affermare** qualcosa di più di questo sulla ragione per cui tutti i tipi di intervento umano possono o non possono aiutare una di quelle persone che oggi si usa definire affette da disfunzioni sessuali richiederebbe una digressione che qui non intendo fare.'

Essendo dotati di un'immaginazione e di un'inventiva sconfinite, gli esseri umani possono compiere degli atti sessuali in una incredibile quantità di modi diversi. Così, ci sono molti modi di procurare o di raggiungere l'eccitamento e la soddisfazione sessuali, e a molti di essi ora si fa grande pubblicità sui manuali specialistici. Oltre ai genitali, le parti anatomiche e le funzioni fisiologiche principali utilizzate a scopo sessuale nella nostra cultura sono gli occhi e le orecchie, la vista, le parole e l'udito, le mani e le dita, i seni e i capezzoli; la bocca e la lingua; l'ano; la pelle, di qualsiasi parte del corpo. Inoltre, c'è un ampio arsenale di

oggetti impiegati come strumenti o sussidi sessuali, dalle riviste pornografiche ai vibratorii.

Nonostante la dissociazione culturale sempre **piú** ampia tra la sessualità procreativa e quella ricreativa, i genitali del maschio e della femmina rimangono gli organi maggiormente usati negli atti sessuali. Rispetto a questi organi, gli uomini e le donne sono differenti, nonostante i tentativi compiuti dai moderni ricercatori sessuali per mascherare o negare queste differenze. Per quanto riguarda il coito **eterosessuale**, la sua esecuzione richiede nell'uomo un pene eretto, capace di inserirsi nella vagina e, nella donna, una vagina penetrabile. Questi fatti fisici svolgono un ruolo decisivo nel determinare la durata del coito. Se il pene rimane eretto dopo l'orgasmo dell'uomo, come la vagina rimane penetrabile dopo quello della donna, il momento dell'eiaculazione non avrebbe il significato che ha. In realtà, il concetto di eiaculazione precoce non ha l'equivalente nella donna nella quale una rapida risposta orgasmica nel coito eterosessuale viene oggi giudicata in modo molto positivo. **Cosí**, mentre nell'uomo, una rapida risposta **orgasmica** viene oggi considerata una manifestazione di incapacità, nella donna viene considerata una manifestazione di grande **virtú**.

Mentre l'eiaculazione precoce non ha un equivalente nella donna, l'eiaculazione tardiva (orgasmo ritardato) è analoga alla frigidity. Ma anche qui, questo tipo di prestazione può venire considerata o meno indesiderabile per uno o per entrambi i partners. Come l'eiaculazione precoce assume la sua importanza per il fatto che **il coito eterosessuale** non può proseguire dopo che l'uomo ha **eiaculato**, **cosí** l'eiaculazione tardiva assume la sua importanza per il fatto che l'atto non può terminare (o si ritiene che non debba terminare) fino a che l'uomo non **eiacula**. **L'eiaculazione** precoce mette in imbarazzo l'uomo. L'eiaculazione ritardata mette in imbarazzo la donna (a meno che **l'eiaculazione** intravaginale non si verifichi del tutto, il che potrebbe mettere in imbarazzo entrambi i partners). *Se i*

partners fossero liberi di terminare il coito senza **eiaculazione**, l'eiaculazione tardiva potrebbe essere bene accettata dalla donna e non **creare** nessun problema **all'uomo**. Per di **piú**, questi problemi non sorgerebbero affatto se l'atto **eterosessuale** non si limitasse **all'uso** dei genitali come organi principali per dare e per ricevere eccitazione sessuale. L'idea e la terminologia dell'impotenza e del vaginismo non si applicano agli atti sessuali non genitali, come dimostrano i seguenti semplici esempi.

Di un uomo che non può avere l'erezione — in quella che in genere si considera una situazione sessualmente eccitante — si dice che è impotente. Ma di un uomo che non riesce ad avere un contatto orale o manuale con i genitali di una donna non si ritiene che abbia delle disfunzioni sessuali con un nome definito. Analogamente, mentre **della** donna che rifiuta la penetrazione del maschio con la contrazione dei muscoli **vaginali** si dice che è affetta da vaginismo, della donna che rifiuta la fellatio e che pensa di vomitare al solo pensiero di praticarla non si ritiene che presenti alcun tipo di disordine sessuale.

Facciamo un altro esempio. I bambini e la maggior parte delle donne possono ricorrere al pianto per alleviare il dolore di una delusione, di un dispiacere o dell'infelicità. La maggior parte degli uomini invece non lo può fare, perché, nel profondo, non vogliono farlo; hanno imparato che piangere "non è da uomini". Analogamente, molte donne hanno imparato che essere sessualmente **autoaffermative** non è "femminile", per cui non riescono a scaricare la tensione sessuale con un orgasmo (durante il coito). Queste donne oggi vengono definite **anorgasmiche** (una volta le si chiamava frigide), ma gli uomini che non riescono a piangere non vengono definiti a-lacrimali. La prima condizione viene considerata una disfunzione sessuale, ma la seconda non è ritenuta una disfunzione lacrimale.

Anche se le definizioni delle funzioni corporee e dei comportamenti anormali risalgono entrambe a giudizi umani, culturalmente condizionati, tra queste due classi di fe-

nomeni c'è una differenza importante. Le disfunzioni del cuore, del fegato e dei reni sono disturbi del *corpo* umano: essi possono essere diagnosticati oggettivamente e curati con l'intervento di un medico sul corpo del paziente. Lo stesso vale per i disturbi degli organi genitali, per esempio la gonorrea. Ma non vale per le cosiddette disfunzioni sessuali, che sono "disordini" della *personalità* umana. Questi disordini non possono essere diagnosticati in modo oggettivo, dato che per la diagnosi è necessaria la testimonianza del soggetto (o del suo partner). E nemmeno possono venir curati con interventi praticati dal medico sul corpo del paziente, dato che la "terapia" richiede la partecipazione attiva del soggetto al trattamento. La terapia sessuale vorrebbe riprodurre, in modo molto piú rigoroso di quanto avvenga in realtà, il trattamento chirurgico o chemioterapico delle *malattie*.⁶ Infine, i risultati del trattamento dei disordini sessuali, come la loro diagnosi, sono soggettivi, e si basano in larga parte sulla valutazione del soggetto.

Per queste ragioni, e per altre che verranno esposte nei capitoli successivi, gran parte della letteratura professionale sulla diagnosi e sul trattamento delle disfunzioni sessuali è, a dir poco, fuorviante.

2.

Il sesso come malattia

Essendo in stretto contatto con le divinità, gli ecclesiastici sono stati per lungo tempo ritenuti gli esperti di peccato, godendo di speciali privilegi e del particolare potere di punire i peccatori. Così i preti sono stati per millenni le autorità riconosciute su ciò che costituiva un comportamento sessuale peccaminoso, con conseguenze fin troppo note a qualsiasi persona istruita.

Ora, è ai clinici, essendo essi in stretto contatto con la scienza medica, che si assegna il titolo di esperti in malattia riconoscendo loro particolari privilegi e poteri di diagnosi e di cura del malato. Fin dalla nascita della medicina moderna nel diciassettesimo secolo, i medici sono sempre stati l'autorità riconosciuta su ciò che costituisce un comportamento sessuale malato, con conseguenze incredibilmente poco note alla maggior parte della gente.

I teologi cristiani hanno sviluppato molto presto una forte propensione a dichiarare che tutto il sesso era peccaminoso. Una volta riconosciuti come autorità mediche, i dottori non sono stati da meno, **anch'essi** hanno "scoperto" che il sesso era in massima parte una malattia o una importante causa di malattia. (Negli ultimi decenni, però, i medici hanno rovesciato di centottanta gradi questa loro "scoperta": ora pretendono che il sesso sia una cura.)

Nel diciassettesimo secolo, la sessualità femminile, che prima era considerata immorale, cominciò invece a venir considerata nociva alla salute. Alcuni medici francesi so-

stenevano che, nelle donne, qualsiasi eccitamento sessuale fosse "un'afflizione melanconica", mentre altri vedevano nell'"aperta manifestazione del desiderio sessuale" un segno sicuro di malattia mentale.' Ecco un episodio tipico di quest'epoca, riguardante una giovane donna francese che aveva sviluppato un "eccitamento sessuale" dopo una storia d'amore clandestina con un uomo di condizione inferiore, a cui i genitori di lei rifiutavano di dare il proprio consenso. "Quando chiamarono il dottore, questi fece rinchiudere la donna in una clinica francese (una vera e propria casa di tortura) dove, dopo numerosi salassi, ben trenta in sei giorni, riuscì a far uscire dalla ragazza, insieme al sangue, anche la sua mente malata, il suo insensato amore, e la sua preziosa vita." Far uscire dalla vittima la "preziosa vita" — cioè assassinarla — era evidentemente considerata una cura appropriata per la ninfomania.

Poi i medici cominciarono a dedicarsi allo studio della masturbazione. L'idea che la masturbazione rappresentasse gravi pericoli medici è una scoperta del diciottesimo secolo. Per i duecento anni successivi, il concetto di pazzia masturbatoria — cioè, l'idea secondo cui la masturbazione provoca o è un sintomo di pazzia — ha dominato la scienza medica non meno dell'"immaginazione popolare.' La gente credeva che la masturbazione fosse nociva, in gran parte per le stesse ragioni per cui credeva che fossero benefici i salassi; lo sperma era ritenuto prezioso e quindi doveva essere conservato, mentre il sangue del malato era ritenuto velenoso e quindi doveva essere eliminato. La lunga storia della lotta contro la masturbazione non è che la conseguenza di questo falso ragionamento.

Benjamin Rush (1746-1813), padre della psichiatria americana ed eminente medico della sua epoca, era un fanatico sostenitore del **salasso** come panacea e della proibizione della masturbazione come profilassi. "La masturbazione", scriveva nel 1812, "provoca debolezza del seme, impotenza, disuria, **tabe dorsale**, consunzione **polmonare**,

dispepsia, debolezza della vista, vertigini, epilessia, **ipochondria**, perdita di memoria, fatuità e morte."

Nella psichiatria francese, che ha giocato un ruolo tanto importante nella storia di questa disciplina, è stato invece **Jean-Etienne Esquirol (1772-1840)** ad abbracciare l'ipotesi masturbatoria e a darle il marchio della sua autorevolezza. Esquirol non rivendicava nessuna originalità alla **sua** scoperta degli effetti patogeni della masturbazione; anzi. Nel 1816 dichiarava che "la masturbazione in tutti i paesi è considerata una comune causa di pazzia". E nel 1822 aggiungeva: "[La masturbazione] è un grave sintomo di pazzia; se non si ferma subito diventa un ostacolo **insormontabile** per la cura. Riducendone la capacità di resistenza, mette il paziente in uno stato di stupidità... e provoca la **morte**."* Sostenuta dall'autorevolezza di uomini come **Esquirol**, la cosiddetta ipotesi masturbatoria si diffuse rapidamente in tutto il mondo civile.

L'opinione sulla masturbazione dei medici americani della metà del diciannovesimo secolo è perfettamente **illustrata** da questo commento editoriale comparso sul "**New Orleans Medical and Surgical Journal**": "Né la peste, né la guerra, né il vaiolo, né un gran numero di flagelli analoghi si sono mai rivelati **piú** disastrosi per l'umanità **dell'abitudine di masturbari**: è questo il vero elemento distruttivo della società civile."

Nell'America della fine del diciannovesimo secolo uno dei **piú** diffusi libri di consigli medici era *The People's Common Sense Medical Aduiser*, di R. V. Pierce. Nel 1895 era già arrivato alla sua settantacinquesima edizione e **aveva** venduto **piú** di **2.300.000** copie. Pierce cita la "**spermatorea** (debolezza seminale)" come una malattia "provocata dalla **precoce** abitudine di masturbari", che "indebolisce la costituzione e provoca impotenza, declino pre-

* Queste concezioni sono state riprese e ampliate in un classico libro di testo di Esquirol, *Des maladies mentales*, pubblicato nel 1838. "La masturbazione", scriveva, "pub essere un **segno** premonitore della pazzia, della demenza, e anche della demenza senile; porta alla melanconia e al suicidio; i suoi effetti sono piú gravi nell'uomo che nella donna; costituisce un grave ostacolo nella cura di quei pazzi che la praticano spesso nel corso della loro malattia".?

maturato... [ecc.], ammolimento del cervello e pazzia".⁹ **Pierce** mette il lettore in guardia da quegli impostori che sostengono di essere in grado di curare la spermatorrea ed awerte che, anche se "il medico comune può essere pienamente preparato su queste malattie, non potrà mai acquisire le capacità di uno specialista che curi ogni, anno migliaia di casi..."¹⁰ Il capitolo termina con dodici pagine di testimonianze di pazienti riconoscenti **guariti** dalla spermatorrea.

La teoria della pazzia masturbatoria ha gettato le basi di una graduale **medicalizzazione** del sesso che ha avuto il suo vero inizio verso la **fine** del secolo scorso. I due uomini che hanno contribuito maggiormente a questo sviluppo con la loro opera sono stati Richard von Krafft-Ebing e Sigmund Freud.

Krafft-Ebing (1840-1902) era uno psichiatra, **meglio** conosciuto per la sua grande opera *Psychopathia Sexualis*. Pubblicato per la prima volta nel 1886, questo libro ebbe un enorme successo. Nonostante che l'autore facesse **deliberatamente** ricorso a termini latini per diserotizzare i passi **piú** scabrosi, esso ebbe un'enorme diffusione tra il pubblico. Fatto interessante: si è dovuto attendere fino al 1965 perché di questa *Psychopathia Sexualis* comparisse un'edizione integrale con tutti i termini tradotti in inglese.

Psychopathia Sexualis è piena di falsità presentate pretenziosamente come il frutto di scoperte scientifiche faticosamente realizzate. La tesi di Krafft-Ebing secondo cui "Le anomalie delle funzioni sessuali si incontrano soprattutto tra i popoli civili"¹¹ — una tesi contraddetta anche dal Vecchio Testamento — è un tipico esempio di questo tipo di inganno pseudoscientifico. Senza portarne nessuna **prova**, Krafft-Ebing sosteneva anche che le "anomalie sessuali" fossero in larga parte delle malattie ereditarie del sistema nervoso **centrale**.¹²

Anche i casi riportati da **Krafft-Ebing**, al tempo stesso noiosi e scabrosi, confermano l'idea che egli mirasse a se-

parare i perversi sessuali malati (sporchi) dalle persone sane (pulite), le cui pratiche sessuali si limitavano esclusivamente alla procreazione. I titoli dei casi che presenta sono esemplari: Esibizionismo; I profanatori di statue; Stupro e assassinio per libidine; Abusi contro natura; Violenza contro animali; Zoorastia; Lettera da una tomba; Il ballo a Berlino di un uomo che odia le donne; Varie categorie di uomini che amano i maschi; **Necrofilia**. Il suo atteggiamento nei confronti di questi atti sessuali — ma in realtà, nei confronti della sessualità in genere — si può ricavare dalla sua concezione della masturbazione. Questa pratica, sosteneva, "toglie al bocciolo ancora chiuso il suo profumo e la sua bellezza e lascia dietro di sé solo il volgare e bestiale desiderio di soddisfazione sessuale... Il bagliore **della** sensibilità sensuale si spegne e l'inclinazione verso l'altro sesso si indebolisce".

In breve, Krafft-Ebing, il fondatore della **sessuologia** moderna, non andava di un millimetro oltre la posizione ufficiale dei medici dell'inizio del diciannovesimo secolo e della loro teoria della pazzia masturbatoria. Non aveva alcun interesse per la liberazione degli uomini e delle donne dai vincoli dei pregiudizi sessuali o dalle imposizioni della legislazione antisessuale. Anzi, era interessato a soppiantare il declinante potere della chiesa con il nascente potere della medicina. "Il medico", scriveva Krafft-Ebing, "trova forse una consolazione nel fatto che a volte può ricondurre queste manifestazioni, che offendono i nostri principi etici ed estetici, ad uno stato di malattia della mente o del corpo." Eppure, siccome scriveva di sesso in un'epoca in cui la società benpensante non ne parlava, e siccome ne parlava come di una malattia o di un problema medico, Krafft-Ebing è stato frainteso e considerato un **progressista** nella lotta contro i pregiudizi sessuali e la **pruderie**.

Anche Sigmund Freud (1856-1939), il fondatore della psicoanalisi, è considerato un rivoluzionario in campo sessuale. Ma Freud non credeva nell'autodeterminazione **ses-**

suale dell'individuo. I suoi pregiudizi sessuali — che esaltava definendoli "teoria psicoanalitica del sesso"* — rivelano che egli considerava il sesso una malattia o comunque un caso da prendere in esame. Le sue opinioni sulla masturbazione ne sono un esempio. Nel 1898, per esempio, Freud riconferma la dottrina antimasturbatoria tradizionale, affermando che "se la masturbazione è la causa della neurastenia [una diagnosi psichiatrica molto comune in quell'epoca], nella **gioventú**... preservare i giovani di entrambi i sessi dalla masturbazione diventa un compito che merita un'assai **maggiore** sollecitudine di quella che finora gli è stata dedicata".¹⁵

L'enorme importanza che Freud e i primi freudiani attribuivano alla **masturbazione** è documentata dal fatto che, tra il 1908 e il 1912, ben tredici riunioni dell'**Associazione** Psicoanalitica di Vienna furono dedicate alla discussione di questo argomento. Gli atti di queste riunioni rivelano che in questo periodo l'idea secondo cui la masturbazione provocava la nevrosi si era ormai consolidata in un dogma **psicoanalitico**.¹⁶ Nel 1912 al termine di queste discussioni, Freud trae le conclusioni che la masturbazione è "un'attività sessuale infantile" che provoca indiscutibilmente "nevrosi" e probabilmente anche "lesioni organiche".

Inoltre, Freud definiva masturbazione non solo l'**auto**-stimolazione sessuale, ma ogni tipo di attività non genitale e non sessuale. Per esempio, nel saggio su **L'inconscio** (1915), Freud riporta il caso di un giovane con la pelle piena di **comedoni** che egli provava piacere a schiacciare: una pratica assai **diffusa** tra gli adolescenti. L'interpretazione

* Oltre a fornire alcune **descrizioni** elementari ed alcune **congetture** ridicole sullo sviluppo sessuale dei fanciuffi, la "teoria della sessualità" di Freud sfocia in un'**idea** molto semplice, che la **sessualità** umana cioè sia una scelta perdente. **Come** Freud aveva capito, gli uomini e le donne possono avere delle attività sessuali "normali" (genitali e **procreative**), per effetto delle quali probabilmente hanno dei **bambini** nella maggior parte dei casi indesiderati. **Oppure** possono avere delle attività sessuali "anormali" (**perverse**), per **effetto** delle quali le **donne** diventano isteriche e **gli uomini neuroastenici**. Oppure gli uomini possono avere rapporti **sessuali con le prostitute**, per **effetto** dei quali possono **contrarre** la sifilide. In breve, il **sesto** crea **piú** problemi che vantaggi.

che Freud dà di questo comportamento è la seguente: "È evidente che per lui spremere i **comedoni** è un sostituto dell'onanismo. Il buco che ne deriva per sua colpa è il genitale femminile, e cioè l'averarsi della minaccia (o della fantasia della minaccia) di evirazione, provocata **dall'onanismo.**"¹⁸ Tra i vari atti che per Freud avevano il significato di una masturbazione, c'erano i rituali, le coazioni e le ossessioni.¹⁹

Come il loro profeta Freud, anche gli psicoanalisti ritengono di essere degli esperti di sesso e di avere al proposito delle posizioni coraggiose e progressiste. Questa pretesa non ha alcun fondamento reale. Al contrario, gli psicoanalisti hanno continuato a considerare il comportamento sessuale non convenzionale una malattia — che essi, in particolare, sarebbero in grado di diagnosticare e di curare.

Secondo Karl Menninger, uno dei **più influenti** psicoanalisti post-freudiani d'America, "la masturbazione provoca un pesante senso di colpa, perché nell'inconscio essa rappresenta sempre un'aggressione contro qualcuno".²⁰ Menninger sostiene che la masturbazione è nociva non dal punto di vista fisico, ma da quello psicologico, perché rappresenta sempre una violenza ingiustificata contro un'altra persona, provocando quindi in chi la pratica un senso di colpa. Però Menninger non ci spiega perché la masturbazione sia una violenza contro un altro individuo, mentre mangiare, bere, mingere e defecare non lo siano.

Oggi gli psicoanalisti sostengono che parecchie pratiche sessuali "perverse" sono delle malattie, e difendono le loro idee come se si trattasse di una proprietà inestimabile di cui li si sta rapinando. In un certo senso, ovviamente, le cose stanno proprio **così**. Mentre la tesi della masturbazione come malattia viene difesa da Menninger (e anche da altri, come vedremo), la tesi dell'omosessualità come malattia viene difesa invece da Socarides (e altri). **Charles** Socarides, docente di psichiatria clinica alla State

University di New York, a Brooklyn, nonché insigne psicoanalista, riporta le conclusioni di un gruppo di lavoro formato da psichiatri come prova del fatto che "l'omosessualità esclusiva [è] una disfunzione dello sviluppo psico-sessuale". Anche se questa concezione non è del tutto nuova, nuova è però l'interpretazione che Socarides dà del fatto che gli omosessuali non vogliono sentir parlare di malattia mentale: "In risposta alle persecuzioni legali e sociali, nel corso degli anni Sessanta, alcuni gruppi di omosessuali hanno cominciato non solo a ribellarsi contro i loro persecutori, ma anche contro gli stessi medici (psichiatrici) che li proteggevano offrendo loro aiuto e speranza." "È difficile decidere se considerare questa dichiarazione bizzarra, ridicola o invece un pessimo scherzo. Ma Socarides lo fa seriamente. Deplorando il fatto che nel 1973 l'Associazione Psichiatrica Americana abbia deciso di cancellare l'omosessualità della lista ufficiale delle malattie mentali, afferma: "Gli effetti di questa decisione sono gravissimi. L'omosessuale non solo viene vittimizzato, ma verrà danneggiata anche tutta la sfera delle ricerche sullo sviluppo dell'identità di sesso."²³ Pronunciamenti come questi danno la misura della tenace convinzione degli psichiatri, per i quali determinati comportamenti sessuali possono venir studiati scientificamente e trattati umanamente solo se **definiti** malattie.

In ogni caso, indipendentemente da quanto indulgenti o liberali pretendano di essere gli psicoanalisti, essi sono drasticamente contrari a riconoscere il diritto di una persona, e soprattutto di una donna, a disporre dei propri genitali. Nel 1973 su "The Journal of the American Psychoanalytic Association" è apparso un articolo dal titolo *Su una particolare forma di masturbazione delle donne: la masturbazione con l'acqua*. Anche se questa forma di masturbazione viene data per scontata sulle pagine di "Cosmopolitan", "Playboy" e "Penthouse", Eugene Halpert, autore di questo saggio scientifico, ha pensato che fosse talmente rara da meritare uno studio speciale. Egli definisce questo fenomeno "una forma di masturbazione

femminile specifica e rara" e cerca una risposta alla " questione fondamentale del **perché** queste donne scelgano di risolvere in questo modo i loro **conflitti** inconsci..." La scelta dei termini in cui è formulata la domanda di Halpert ne predetermina la risposta. Andando alla ricerca di conflitti inconsci che troverebbero soluzione nella masturbazione, invece delle ragioni personali che conducono **alla** scelta di questo particolare sistema per scaricare la tensione sessuale, Halpert scopre proprio quello che stava cercando: il trauma freudiano della castrazione e l'invidia del pene. "Le donne che si masturbano facendo scorrere l'acqua sul loro clitoride usano questa forma di masturbazione per esprimere delle fantasie tra loro connesse: ho il pene di mio padre e posso **urinare/eiaculare** come un uomo, e sono in grado di urinare e di **distruggere/castrare** con il mio potente getto per vendicarmi della **castrazione**."» Se la masturbazione femminile con l'acqua esprime le fantasie di una donna che desidera essere uomo, quale sarà la fantasia che esprime la masturbazione maschile quando chi si masturba usa come sostituti della vagina oggetti come quelli descritti, per esempio, ne *Il lamento di Portnoy*?" Non c'è dubbio che questo tipo di masturbazione esprima la fantasia di avere una vagina — in realtà, la vagina della propria madre — e che quindi costituisca una manifestazione di "invidia della vagina" che attende solo una conferma dai risultati di ulteriori ricerche psicoanalitiche sulla psicopatologia della masturbazione maschile.

Questi esempi mostrano la testarda determinazione con cui molti psichiatri si oppongono in ogni modo **all'idea** che la gente abbia diritto a masturbarsi. Significativa **della** continua negazione di questo diritto, soprattutto per le donne, è la recensione del Rapporto Hite apparsa sul "*Journal of the American Psychoanalytic Association*". L'autrice di questo rapporto, Shere Hite, sostiene che l'organo della reattività sessuale della donna non è il canale **vaginale**, **bensí** il clitoride." Essa pone questa scoperta, che di

per **sé** non costituisce una grande **novità**, in relazione ad un **deciso** e ben meditato rifiuto del diritto del maschio a definire le norme della sessualità femminile. È proprio l'insistenza della Hite sul fatto che le donne hanno **gli stessi diritti all'autodeterminazione** sessuale degli uomini che ha mandato su tutte le furie gli psicoanalisti. "È un **libro** tendenzioso, pieno di rabbia, didascalico ed **esortatorio**", deplora il recensore. "La tesi centrale **più** volte ripetuta della signora Hite è che le donne dovrebbero liberarsi **dalle** definizioni maschili della sessualità femminile e dalle indicazioni maschili sul modo di praticare il sesso."" Ma che cosa **c'è** di sbagliato in questa tesi? Il recensore non ce lo spiega mai, lasciandoci con l'impressione che egli ritenga che soltanto Freud abbia il diritto di dire alle donne "come va praticato il sesso".

Gli psichiatri e gli psicoanalisti possono accettare l'idea di una stimolazione indiretta del clitoride durante il rapporto, ma rabbriviscono di fronte a una stimolazione volontaria. **Così** si lasciano sfuggire proprio l'assunto centrale di libri come il Rapporto Hite, cioè il rifiuto dei professionisti (maschi) come esperti sessuali. Accentuando giustamente gli aspetti morali e politici degli atti sessuali, la Hite e altre femministe cercano di far scendere il medico dal suo piedistallo di legislatore sessuale.

Il sesso come cura (in teoria)

Fino alla metà di questo secolo, i sessuologi hanno dipinto il sesso con i toni cupi della malattia. Ciò ha permesso di farne un problema medico, ponendo le basi della situazione attuale, in cui il sesso viene invece dipinto con i toni smaglianti della terapia. Anche se molte sono le persone che hanno contribuito a instaurare questa fase della **sessuologia**,* l'opera di William Masters ne è l'emblema.

Masters ha cominciato le sue ricerche sessuologiche nel 1954, usando prostitute di professione come oggetto di studio. Nel 1957 il suo posto è stato preso dall'**équipe** di Masters e Johnson, e quello delle prostitute da elementi volontari. Per dodici anni questi volontari hanno prodotto per Masters, e in sua presenza, "più di 10.000 orgasmi".

Chi sono Masters e Johnson? **William** Howell Masters è nato a Cleveland nel 1915. Si è laureato alla Facoltà di Medicina dell'**Università** di Rochester; si è specializzato in ostetricia e in ginecologia ed ha fatto parte per alcuni anni del corpo accademico della Facoltà di Medicina dell'università di Washington a St. **Louis**, nel Missouri. Nel 1954 Masters ha dato vita alla Fondazione per le Ricerche di Biologia Riproduttiva (Reproductive Biology **Research**

* Un medico francese del diciassettesimo secolo scriveva con molta sicurezza che la cura dei sintomi isterici è "semplice, se si applica la cura di Venere".¹ Uno dei primi testi psichiatrici tedeschi, pubblicato nel 1803, parla dei rapporti sessuali in termini molto pragmatici, come di un provato metodo di cura psichiatrico: "Le sensazioni fisiche più forti e più piacevoli si verificano quando si dorme con una persona dell'altro sesso. Chiarugi sostiene che si tratta di una cura eccellente contro la melancolia".²

Foundation), che nel 1978 è diventata la Masters and Johnson Foundation.

Virginia Eshelrnan Johnson è nata nel Missouri nel 1925 ed ha ottenuto un diploma di scuola secondaria nel 1941. Nel 1951 ha sposato George Johnson, ha avuto due figli e ha divorziato da lui nel 1956. Sembra che, prima di **affiancarsi** a Masters nelle sue ricerche sul sesso, nel 1957, il suo principale interesse, non senza talento, fosse il canto. La Johnson non ha mai conseguito un titolo di studio superiore al diploma di scuola secondaria, ma si definisce psicologa.

Masters e Johnson hanno conquistato una fama improvvisa nel 1966 con la pubblicazione del loro primo libro, *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna.* La rivista "Time" pubblicò un ampio servizio sugli autori, con una fotografia che ritraeva il dottor Masters e la signora Johnson in camice bianco, con un microscopio in primo piano, mentre osservavano un grafico. Il servizio parlava delle loro ricerche alla Fondazione per le Ricerche di Biologia Riproduttiva di St. Louis, sostenendo che esse avrebbero "contribuito a far sì che molte coppie ritenute sterili potessero avere dei figli e a prolungare il piacere di una vita sessuale sana e normale nelle coppie anziane, fino **all'età** di 80 anni ed oltre". L'ampio spazio loro riservato in quel servizio è la testimonianza del grande interesse che i mezzi di comunicazione dimostravano per Masters e Johnson.

Forse è perché Masters si occupa di sesso, un argomento su cui la gente è **insicura** e si lascia facilmente ingannare; o forse è perché si presenta con grande abilità come ricercatore medico, pioniere e autorità; il fatto è che Masters è pienamente riuscito a convincere sia i professionisti sia il grosso pubblico della validità delle sue tesi. Ovviamente, non sono mancate le critiche a tutto il suo lavoro: non si tratterebbe di un'attività medica o **terapeutica**, **bensì** di un'iniziativa morale e politica. Per esempio, Edward M. Brecher, un autorevole divulgatore di cose

scientifiche, si prodiga in **encomi** per le ricerche di **Masters** sulla psicologia dell'attività sessuale e sulla terapia delle **insufficienze** sessuali e attribuisce i risultati raggiunti da Masters al fatto che questi avrebbe adottato verso la sessualità umana "quel tipo di atteggiamento che in genere gli scienziati adottano nei confronti della circolazione, della digestione e di altri fenomeni **fisiologici**".⁶

Ma gli scienziati che studiano la fisiologia della digestione non cercano di trasformare in buongustai uomini e **donne** con gusti e abitudini alimentari semplici, e non chiamerebbero mai una cosa del genere terapia della digestione. **Il** fatto che le osservazioni di Masters — che cioè gli stimoli sessuali provocano l'erezione del pene e la **lubrificazione** della vagina, e che, in determinate circostanze, questi stimoli possono portare ad una piacevole liberazione della tensione sessuale — abbiano richiamato tanta attenzione è la testimonianza del perenne interesse per la pornografia, soprattutto quando questa viene legittimata presentandola in termini medici. In realtà, queste ricerche cliniche non sono altro che un contenitore dei giudizi morali e degli intenti politici di Masters. Come sia riuscito a farlo, lo si può valutare meglio, tanto per cominciare, analizzando il suo stile letterario (e quello della Johnson).

Una delle caratteristiche **piú** plateali della prosa di Masters e Johnson è costituita dall'assenza di termini per identificare le persone come individui, sia quando si tratti dei terapisti che quando si tratti dei pazienti. Essi parlano di sé, chiamandosi l'équipe, o "la Fondazione", e dei loro pazienti, chiamandoli "la coppia", "il rapporto" o "l'unità", come in questo passo: "Va sottolineato **che** la premessa terapeutica fondamentale della Fondazione sostiene che, sebbene nel matrimonio che presenti disfunzioni di carattere sessuale siano i due individui, marito e moglie, a dover essere curati, in realtà il paziente è lo stesso rapporto coniugale".⁷

Questo esempio di pseudolinguaggio ci permette di capire l'autentica bruttezza — sia linguistica sia **spiritua-**

le — del lavoro di Masters e Johnson. Abbiamo qui un passo che elimina accuratamente le persone da entrambi i termini del rapporto terapeutico. Infatti, il terapeuta non è piú nemmeno la Fondazione, bensí "la premessa fondamentale". Questa "premesse fondamentale", ci viene detto, "sostiene". Che cosa? Che né la moglie né il marito sono il paziente, ma che ad esserlo è il rapporto coniugale. La cosa non sta in piedi. Quando la gente si rivolge a Masters e Johnson in genere paga per il servizio che riceve. Quando si firma un assegno per il pagamento, questo viene compilato e firmato da una persona (o da piú persone), e non da un "rapporto coniugale".*

Un altro dei termini favoriti è "professionista", come troviamo nella prima frase dei Ringraziamenti di *Patologia e terapia del rapporto coniugale*: "Andiamo grandemente debitori ai professionisti che hanno collaborato con noi..." Ci si riferisce anche alle prostitute professioniste? O ci si riferisce alle dottoresse, per il cui contributo ci viene offerto questo disgustoso elogio?

... una dottoressa, francamente curiosa circa gli aspetti della funzione di surrogata partner, offri i propri **servigi** per valutarne le **possibilità**. Convintasi dell'estremo bisogno della partecipazione di una partner nel **trattamento** della disfunzione sessuale del maschio non sposato, continuò a prestarsi come surrogata partner, contribuendo con l'esperienza sia personale sia professionale a sviluppare questa funzione assicurando ad essa la massima efficacia.

I terapeuti debbono molto a questa donna intelligente [ma perché non "dottoressa", dottore?]. Molti suoi suggerimenti, quanto all'impostazione individuale della terapia e alle tecniche di appoggio **psicosociali**, costituiscono autentici contributi originali al processo terapeutico.."

Questo è sicuramente uno dei piú grandi imbrogli della letteratura scientifica moderna. Nel presentarci l'im-

* L'ossessione per la "coppia" e per l'"unità" di Masters e Johnson⁸ ricalca la grande tradizione dei pensatori socialisti utopisti francesi del diciannovesimo secolo, di cui Charles Fourier (1772-1837) è il maggiore esponente. Fourier, uomo d'affari fallito, trasformatosi poi in pianificatore della società, sognava di organizzare il mondo intero in "falansteri", fondati sulla mutua cooperazione, dove ognuna di queste collettività fosse composta da quattrocento famiglie di quattro persone ciascuna. Nella teoria di Fourier veniva negata radicalmente la realtà dell'individuo cosí com'è, mentre la "coppia" — cioè, l'uomo e la donna — era definita "l'autentico individuo sociale"?

magine del medico come un eroe che si sacrifica — nella **miglior** tradizione del batteriologo che si inocula la febbre gialla! — Masters e Johnson ci rivelano qui che uno dei loro "partners sostituti" era una dottoressa. Che ha fatto tutto per amore della scienza, ovviamente.

Le caratteristiche peculiari della prosa di Masters e Johnson sono state rilevate anche da altri, soprattutto da Paul Robinson, che ha definito *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna* e *Patologia e terapia del rapporto coniugale* "senza alcun dubbio due dei peggiori libri scritti in **inglese**".¹⁵ Dopo aver fatto un elenco e fornito alcuni esempi dei principali "oltraggi al senso e all'eleganza" linguistici di Masters e Johnson, Robinson giunge alla conclusione che gran parte di quello che essi scrivono "non ha alcun **sens**o".¹⁶ Questo è vero, ma non è tutto. Come aveva detto **George Orwell**, lo stile burocratico — che rappresenta l'ideale di Masters e Johnson — gronda non solo **pomp**osità, ma anche insincerità." In realtà lo stile di **Masters e Johnson** è molto curato, ufficialmente, "per evitare ogni possibile suggestione pornografica": *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, ha dichiarato Masters nel 1969 in un'intervista, "è volutamente di difficile lettura... Abbiamo persino riscritto il libro per renderlo il **piú** severo possibile".¹⁷ A loro modo, quindi, Masters e Johnson sono dei grandi scrittori: sono di gran lunga i **piú** grandi **retori** in brutto stile della **sessuologia moderna**.¹⁸ Con questo voglio dire che essi sono molto abili nel presentare le loro ricette sessuali come i risultati delle loro "ricerche scientifiche" e i prodotti della loro competenza "professionale". Ma il risultato è che molte loro **asserzioni** su vari problemi sessuali pratici, come pure la loro etica sessuale generale, sono intrinsecamente contraddittorie."

Per esempio, Masters e Johnson si compiacciono **nell'af-**

• Prendo a prestito questo concetto di retorica di base da Richard Weaver, che la definisce come il linguaggio che ci spinge al male "cercando sempre di **separare** i suoi oggetti dal sostegno che il coraggio personale, una nobile compagnia o una filosofia divina offrono d'uomo".¹⁹ Il suo **paradigma** della retorica di base è la **propaganda politica**.

fermare di essere grandi sostenitori dell'egualitarismo in campo sessuale: evidenziano le analogie di fondo non solo tra la sessualità maschile e quella femminile ma anche tra l'attività eterosessuale e quella omosessuale. Si contraddicono, però, quando sostengono il metodo fondato su **équipes** di ambo i sessi, necessario perché gli uomini non possono capire la sessualità delle donne e viceversa. Essi affermano che "gli esperimenti controllati condotti in laboratorio sulla fisiologia sessuale **dell'uomo** e della donna hanno avvalorato inequivocabilmente la premessa iniziale della ricerca secondo cui nessun uomo potrebbe mai capire a fondo le funzioni o disfunzioni sessuali femminili", e ne traggono la conseguenza che un uomo "non sarà mai in grado di sperimentare l'orgasmo come lo sperimenta la donna".

Sostenere che questa tesi si basa sulla sperimentazione di laboratorio è pazzesco. In realtà, di questa tesi si era già sentito parlare altre volte: quando i neri sostenevano di non potere essere compresi dai bianchi, e quando le donne sostenevano di non poter essere comprese dagli uomini. In entrambi i casi, queste tesi erano il risultato di un **conflitto**, di una lotta per il potere, e noi dobbiamo riconoscerle come tali. Ma Masters e Johnson sostengono questa loro tesi come se si trattasse di un fatto scientifico, che poi usano per giustificare il loro ricorso all'équipe terapeutica e per disapprovare il metodo dei terapisti che lavorano da soli. Naturalmente, nessun uomo può provare l'orgasmo di una donna. Ma anche la donna non può provare l'orgasmo di un uomo — e nemmeno quello di un'altra donna. Inoltre, Masters e Johnson prestano a questo principio solo un ossequio formale. Nonostante che siano una coppia eterosessuale, essi curano anche gli omosessuali affetti da disfunzioni, invece di suggerire loro, come esigerebbe la loro teoria, di farsi curare da un'équipe terapeutica omosessuale.

Masters e Johnson amano l'autorità, soprattutto quel-

la medica e, **piú** di ogni altra, la loro. Dopo aver rifiutato l'autoselezione dei pazienti come criterio legittimo per l'ammissione ai loro programmi di lavoro, e dopo aver dimostrato a se stessi che "una storia di almeno sei mesi di precedenti fallimenti psicoterapeutici per eliminare i sintomi della disfunzione sessuale [è] un precedente insufficiente, di scarso valore selettivo", Masters e Johnson risolvono il problema della selezione dei pazienti delegandone la responsabilità all'autorità: "Questo criterio, abbastanza efficace, consiste nel non accettare pazienti che non siano stati mandati da autorità competenti." (Questa regola autoimposta, comunque, racchiude un ulteriore imbroglio: Masters e Johnson non l'hanno rispettata quando si trattava di accettare clienti omosessuali.) Masters e Johnson vogliono far intendere che essi non accettano e non respingono i pazienti; lo fa la Fondazione. Inoltre, i pazienti non vengono presentati *da* un'autorità qualsiasi; sono presentati *dalla* autorità. Ma chi è questa autorità? "Per autorità competenti la Fondazione intende medici, psicologi, operatori sociali e **teologi**."²⁰ È un elenco interessante. Gli operatori sociali e i teologi sono delle autorità sui problemi delle "unità coniugali"; gli studiosi di etica e i sociologi non lo sono; lo sono i medici, ma non i filosofi. Spiccano per la loro assenza da questo elenco gli avvocati, i legislatori, i giudici, gli scrittori... nonché gli uomini e le donne sagge.

È inevitabile che i pregiudizi anti-individualistici di Masters e Johnson — soprattutto il legame che stabiliscono tra prestazione sessuale e matrimonio — si adattino perfettamente ai loro metodi. Ma, in realtà, il piacere erotico e il matrimonio hanno ben poco a che fare tra loro. Il matrimonio può favorire o ostacolare i rapporti sessuali tra i partners: in quanto istituzione sociale, esso modella le nostre attività sessuali e i nostri piaceri erotici esattamente come le norme religiose e i costumi sociali plasmano il nostro gusto alimentare e i nostri piaceri culinari. Ma so-

stenere che una giovane donna che non prova piacere nel sesso (e che quindi deve essere diagnosticata come **orgasmicamente disfunzionale**) debba venir curata insieme a suo marito non ha **piú** senso di quanto ne abbia sostenere che una giovane donna cui non piace il cibo (e che quindi deve venir diagnosticata come **affetta** da anoressia mentale) debba venir curata solo insieme alla madre o al padre.

Eppure, Masters e Johnson non solo insistono molto su questa soluzione terapeutica, ma sostengono anche che gli individui affetti da disfunzioni sessuali che non hanno un partner debbono procurarsene uno ai **fini** della terapia. Vogliono curare soltanto delle unità. Se volessero davvero curare gli uomini e le donne in quanto individui, non avrebbero nessun motivo di rifiutare la cura individuale a uomini e donne sposati che non desiderano stare, né a letto né in terapia, con i loro compagni. Il loro problema era quello della "messa a punto delle motivazioni **psicosociali** che avrebbero giustificato il controllo terapeutico degli uomini e delle donne non coniugati inviati **alla** Fondazione per un trattamento". Da questa definizione del problema, essi però passano rapidamente a concludere "l'evidente necessità clinica di una partner".= Ma le cose non stanno affatto **cosí**. L'esigenza di questa partner non è clinica, **bensí** personale, dato che nasceva dalle decisioni di **Masters** e Johnson sul modo in cui intervenire nella vita di determinate persone.

Ovviamente, quando una donna e un uomo sono sposati, esercitano una reciproca influenza sul proprio comportamento, compreso **quello** sessuale. Quindi è possibile intervenire su di essi, sia in quanto membri di una coppia, sia in quanto singoli individui. Ma quando a cercare aiuto per dei problemi sessuali è una persona non sposata — non legata a un membro **dell'altro** sesso (o dello stesso sesso) — non c'è nessuna coppia, o unità, sessuale. Farne esistere una, fabbricare una coppia per **mere** finalità di cura, è assai diverso dal riconoscere la realtà di una **cop-**

pia che esisteva già prima, indipendentemente dalla cura proposta.

Nel sostenere come fatto incontrovertibile "l'evidente necessità clinica di una partner", Masters e Johnson ci spiegano che era necessario che questa partner

...condividesse l'interesse del paziente per il buon esito della cura, che collaborasse a tradurre in pratica le istruzioni impartite durante le sedute terapeutiche e, cosa piú importante di tutte, che esemplificasse a beneficio del maschio i vari livelli di reattività femminile...

Insomma occorreva qualcuno al quale affidarsi, con cui parlare e operare, da cui apprendere, di cui essere parte e soprattutto *al quale dare e dal quale ricevere* durante le due settimane della fase acuta della terapia?

In questo brano non c'è una sola frase in cui Masters e Johnson riconoscevano che quello che il partner di sesso femminile fa è di avere rapporti sessuali con il paziente di sesso maschile. Anche se Masters e Johnson si comportano, parlano e scrivono proprio come se la cosa di cui si occupano fosse il piacere sessuale, e anche se hanno fatto un sacco di soldi con questo lavoro, essi però negano decisamente di nutrire il minimo interesse per il piacere sessuale o per il denaro. Per esempio, sulla copertina di *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, l'unico scopo che Masters e Johnson dicono di avere è quello di aiutare "le coppie" a raggiungere "un'intesa sessuale" (che è tutt'altra cosa dal piacere sessuale) e di aiutare il mondo della "medicina [a] farsi carico" dell'educazione sessuale dei propri membri (che è tutt'altra cosa che liberare gli uomini e le donne dalla disinformazione o dall'inibizione sessuale). Ma queste pretese sono false. Il piacere sessuale non è riducibile alla fisiologia sessuale piú di quanto il piacere di ascoltare la musica sia riducibile alla fisiologia dell'udito. Piú si atteggiavano a scienziati in campo medico, e piú Masters e Johnson si rivelano quei rozzi moralizzatori che sono. Il loro ultimo libro, dedicato all'omosessualità, lo rivela in misura persino imbarazzante, e contribuisce enormemente a smontare la loro pretesa di essere

degli scienziati del sesso che si astengono da giudizi di valore.

Lo studio di Masters e Johnson sull'omosessualità uscì nell'aprile del 1979 con lo stesso battage che aveva accompagnato l'annuncio dei loro precedenti successi contro le terribili malattie della sessualità umana. Questa volta Masters e Johnson dichiararono alla stampa, prima ancora che fossero disponibili delle copie di *Omosessualità*, — o anche solo delle bozze da recensire — che l'omosessualità non era una malattia, ma che essi erano in grado di curarla lo stesso in due settimane soltanto. Nonostante la ridicola contraddittorietà di questa pretesa, "Time", "Newsweek" e il "New York Times" si dichiararono subito entusiasti delle ultime scoperte di Masters e Johnson. "L'esperienza orgasmica [degli eterosessuali e degli omosessuali] è indistinguibile" spiegava Masters alla rivista "Times".²⁶ Forte di questa convergenza tra l'etica e la fisiologia, "Time" concludeva con evidente approvazione che "questi ricercatori ritengono che la loro dimostrazione dell'esistenza di 'vettori di risposta quasi identici' porterà gradualmente la gente ad una maggiore accettazione dell'omosessualità".²⁷ Sebbene ora Masters e Johnson non cerchino che di far accettare l'omosessualità, "Time" continua a presentare la loro impostazione come "incentrata soprattutto sulla biologia", che avrebbe contribuito a dare alla gente "un senso della legittimità del sesso" che prima non aveva." In *Omosessualità*, Masters e Johnson in realtà sostengono questo: "Ora che è stato appurato che le donne e gli uomini omosessuali non sono fisiologicamente diversi, è anche ragionevole pensare che in un prossimo futuro si potrà liberare gli uomini e le donne che hanno delle preferenze omosessuali da quell'ostracismo che attualmente pesa su di loro."²⁸

Io non sono d'accordo. A coloro che considerano l'omosessualità un peccato — per esempio, in base all'insegnamento giudeo-cristiano in proposito — gli argomenti fisiologici di Masters e Johnson a favore dell'eguaglianza tra

eterosessuali e omosessuali non possono che risultare inconsistenti. Immaginiamo che un fisiologo **gastrointestinale** sostenga (come potrebbe fare benissimo, perché è la **verità**) che, siccome i succhi gastrici secreti per digerire la carne di bue, di porco e quella umana sono identici, mangiare la carne di maiale non è peccato per un ebreo ortodosso e mangiare carne umana non lo è per chiunque. Ovviamente non sto sostenendo che le attività omosessuali siano peccaminose. Sto solo sostenendo che la loro **peccaminosità** o non peccaminosità non può dipendere dalla fisiologia dell'orgasmo degli omosessuali.

La tesi fondamentale che Masters e Johnson sostengono in **Omosessualità** è analoga a quella che hanno presentato nei loro libri precedenti. In tutti i casi essi propongono di riabilitare "i diseredati sessuali" — donne e omosessuali — sostenendo che sono sessualmente superiori. Prima sostenevano che le donne erano **piú** "sexy" degli uomini; ora sostengono che gli omosessuali sono **piú** "sexy" degli eterosessuali. "L'accoppiamento eterosessuale", hanno dichiarato a 'Medical World News', 'è pregiudicato dalle pressioni culturali esercitate sugli eterosessuali per far loro ritenere che il coito sia l'alfa e l'omega del sesso' ... Ma tutto sommato, le coppie omosessuali si divertono di **piú**.³⁰

È deprimente come tutto ciò sia già stato detto mille volte. La ricerca di Masters e Johnson non è che una variante del tema secondo cui gli oppressi sono moralmente superiori." Alle **virtú** del povero, alla spiritualità del negro e all'autenticità del pazzo, essi hanno ora aggiunto le peculiari doti sessuali dell'omosessuale. Anzi, la superiorità sessuale degli omosessuali è ormai entrata a far parte integrante della revisione delle teorie sul sesso. Per esempio, William Simon, un docente di sociologia dell'Istituto per le ricerche sul sesso dell'Università dell'Indiana, afferma di compiangere l'uomo "intrappolato nella **monogamia** eterosessuale... Gli uomini che sono esclusivamente omosessuali... possono dedicarsi all'attività sessuale in molti **piú** modi, giocare molti **piú** ruoli".³² Così, gli oppressi **pri-**

ma diventano pari agli oppressori, e poi superiori a loro... il tutto nel nome della scienza.

Il confronto che Masters e Johnson fanno tra le attività omosessuali e quelle eterosessuali è dello stesso stampo del loro confronto tra gli atti autoerotici e quelli **eteroerotici**. In entrambi i casi, essi considerano il sesso in modo meccanico, sul modello della minzione o della defecazione, come un meccanismo di scarica della tensione. Questo spiega perché essi ritengano che la masturbazione provochi un orgasmo migliore del coito. In realtà, il passo che spiega meglio la loro visione del fare l'amore è quello in cui parlano di un orgasmo sessuale maschile autostimolato come del "pene non impacciato dalla stretta **vaginale**",³³ o quello in cui parlano delle estasi di una donna che si masturba senza essere disturbata "dalle distrazioni **psichiche** del compagno di coito." Ma quello di cui Masters e Johnson si dimenticano è che, dopo l'allattamento, il sesso costituisce la soluzione sociale **più** importante per soddisfare il diffuso e forte appetito umano di essere **desiderato/voluto** e **amato/soddisfatto**. Questa esperienza — chiamata amore e celebrata nella poesia e nella prosa di tutti i popoli in tutto il corso della storia umana — trascende talmente il bisogno fisiologico di liberare la tensione che può venir soddisfatta spiritualmente persino nei casi in cui la tensione sessuale non viene scaricata. Ma l'amore è **un'esperienza** profondamente personale, e per questo è del tutto estranea al lessico e al modo di pensare di Masters e Johnson.

Omosessualità è un libro falso e mal scritto. Ma ci offre ulteriori rivelazioni sul lavoro di Masters e Johnson. Per esempio, essi ammettono di aver fornito dei partners sessuali — maschi e femmine, sia per attività eterosessuali che omosessuali — a persone che definiscono non impegnate." Essi descrivono questa loro attività usando termini come "il partner designato", "la coppia designata" e "combinata". Ad alcune fortunate persone non impegnate, **Masters** e Johnson hanno assegnato anche **più** di un partner:

“A due **donne** senza una relazione fissa vennero assegnate due partners ciascuna, in modo da formare quattro coppie sperimentali.”” L'uso che Masters e Johnson fanno dell'espressione "assegnare" è ovviamente una formula in codice per designare gli atti sessuali nel modo più diretto e impersonale possibile. Per di più, ora, Masters e Johnson sono tanto fieri di procurare dei partners omosessuali a "soggetti sperimentali soli" quanto lo erano prima, di rifiutarsi di procurare dei partners eterosessuali alle donne con disfunzioni sessuali.

Uno degli aspetti più interessanti del loro studio sull'omosessualità è l'immagine che esso ci dà del tipo di persone scelte e selezionate per fungere da partners **designati**: “Nessuno dei 10 omosessuali raccontò di aver avuto un rapporto continuativo etero o omosessuale per più di tre mesi né si dimostrò interessato ad instaurare una relazione di lunga durata. Stando alle loro dichiarazioni, l'obiettivo primario dell'interazione con un partner era l'immediata soddisfazione sessuale.”” Gli individui selezionati in questo modo davano prova di un'impressionante disponibilità sessuale anche con partners che non conoscevano; cosa che non stupisce **affatto**.*

Masters e Johnson sottolineano il fatto che in questi accoppiamenti i partecipanti alla loro ricerca **sull'omosessualità** non avevano nulla da temere — perché i partners sessuali che essi avevano loro procurato erano assolutamente sani: “I soggetti assegnati a partners sconosciuti espressero a volte la preoccupazione di un possibile contagio venereo durante i rapporti di laboratorio, ma furono rassicurati dai severi procedimenti seguiti nella selezione.””

Ma qual è lo scopo di una ricerca come questa durata ben quattordici anni? Che cosa hanno scoperto **Masters e Johnson**? Niente che non si sapesse già prima. Per loro

* “I soggetti omosessuali si rivelarono meno esigenti in fatto di **ambientamento** a paragone con gli eterosessuali della stessa fascia di età e di pari livello di istruzione. Ad esempio, solo 6 dei 16 omosessuali senza partner fisso ebbero bisogno di un **periodo di adattamento** per acquistare familiarità con il laboratorio. La stessa cosa fu necessaria per 9 dei 14 eterosessuali (gruppo di studio A)...”³⁴

stessa ammissione, hanno soltanto confermato le loro stesse premesse sull'omosessualità, e cioè che "tra omosessualità ed eterosessualità vi sono molte **più** rassomiglianze che differenze". Questo è scoprire l'acqua calda. Ma allora perché Masters e Johnson si sono lasciati tanto entusiasmare da questa scoperta? Perché, nonostante disconoscano qualsiasi interesse morale o politico da parte loro, essi stanno ancor oggi combattendo vecchi pregiudizi religiosi contro determinate attività sessuali, col ricorso a prove "scientifiche". "Il largo pubblico, come anche molti settori dell'ambiente scientifico, è tuttora convinto... [della] falsa concezione secondo la quale esisterebbero importanti differenze di funzionalità tra i due orientamenti sessuali. È un vecchio conformismo culturale duro a morire, che da parecchi lustri trova alimento nel disprezzo che circonda gli omosessuali."⁴ Eppure, Masters e Johnson non vogliono che il loro libro venga preso come una difesa di una determinata **posizione** sociale, legale o **religiosa**."

Gli equivoci e le contraddizioni che Masters e Johnson sono riusciti a produrre sul sesso e sulle terapie sessuali impallidiscono però a confronto **con** la loro concezione della terapia dell'omosessualità. L'omosessualità, sostengono, non è una malattia. Ma questo non impedisce loro di usare il termine "paziente" per designare una persona omosessuale che voglia diventare eterosessuale o dall'usare il termine "cura" per descrivere i loro sforzi per aiutarla a comportarsi da eterosessuale.

Qual è, allora, la vera posizione di Masters e Johnson sull'omosessualità? Sono favorevoli o contrari a una posizione di non discriminazione legale e personale nei confronti degli omosessuali? In realtà, parecchi anni prima della pubblicazione di *Omosessualità*, Paul Robinson aveva già fatto notare che Masters e Johnson erano decisamente **anti-omosessuali**." Le prove abbondano. Per esempio, quando si presentano uomini omosessuali sposati, che vorrebbero sottoporsi ad una terapia per eliminare le loro vere preferenze sessuali, non viene mai consigliato loro di accettarsi e

di cercare di stimarsi come individui degni e autosufficienti, il cui valore morale non dipende certo da queste tendenze sessuali. Al contrario, Masters e Johnson aiutano questi uomini ad agire da eterosessuali con lo stesso impegno con cui aiutano coloro i cui problemi non hanno alcun rapporto con l'omosessualità.

Così Masters e Johnson trascurano il fatto che una scelta eterosessuale socialmente accettata può diventare una copertura opportunistica, perché mette in grado uomini e donne di praticare attività omosessuali in modo piú sicuro di quanto potrebbero fare senza di essa. Oggigiorno, l'eterosessualità è un po' come una religione maggioritaria (diciamo, il cristianesimo), mentre l'omosessualità è come una religione minoritaria (per esempio, la religione ebraica); l'omosessuale sposato è come un ebreo che finge di essersi convertito al cattolicesimo (per esempio, nella Spagna del quindicesimo secolo, essi venivano chiamati marrani, oppure giudaizzanti, se si sospettava che seguissero la religione ebraica in segreto). Inoltre, mentre l'eterosessualità o l'omosessualità possono essere il risultato sia di una predisposizione biologica sia di un'influenza culturale, la scelta tra le diverse pratiche religiose è chiaramente il frutto esclusivo delle influenze culturali! Questa analogia tra le scelte e le pratiche religiose e quelle sessuali mette chiaramente in luce i pregiudizi contro l'omosessualità, rozzi, ma non per questo meno pericolosi, di Masters e Johnson.

Questi pregiudizi sono venuti di nuovo alla luce il 1° ottobre del 1978, quando, mentre partecipavano a un seminario della Stanford University, Masters e Johnson furono intervistati da un giornalista dell'"*Examiner*" di San Francisco. "L'omosessualità", spiegava Masters, "è un'espressione naturale della sessualità." A questo punto il giornalista chiese a Masters e Johnson che cosa pensassero della Proposta 6, su cui la popolazione della California avrebbe dovuto votare in novembre (proposta poi clamorosamente sconfitta). Tra lo stupore del giornalista, "il dot-

tor Masters e la signora Johnson si sono rifiutati di parlare della Proposta 6, l'iniziativa antiomosessuale di Briggs. 'Non vogliamo affatto eludere le sue domande', ha dichiarato Masters **all'Examiner**, prima di prendere la parola di fronte a 1.100 persone al Cabana Hyatt Hotel. 'Semplicemente non ci riteniamo autorizzati a rispondere'".⁴⁵ Poiché era chiaro che la Proposta 6 rappresentava per l'omosessualità quello che le leggi **nazional-socialiste** avevano rappresentato per gli ebrei, ad essa era contrario tutto lo schieramento politico della California. Ciononostante, **Masters** si rifiutò di dichiarare, in modo chiaro e aperto, se era favorevole o contrario **all'iniziativa** di Briggs.

In breve, Masters e Johnson non si oppongono ai pregiudizi sessuali (religiosi) in nome della legittimità morale delle diverse pratiche sessuali (religiose). Si oppongono ad essi solo in base alla tesi secondo cui la diversità è spesso solo apparente, se non addirittura inesistente e nasconde **una** somiglianza di fondo tra pratiche differenti. Gli omosessuali sono proprio (dal punto di vista fisiologico) come gli eterosessuali! (Dal punto di vista fisiologico, i cattolici sono come i protestanti; e gli ebrei sono come i musulmani.) E lo sono veramente. Ma l'invito ad accettare una minoranza perché rassomiglia alla maggioranza costituisce in realtà la negazione stessa del diritto della minoranza di essere differente.

Una volta, durante un convegno **dell'Associazione** Psichiatrica Americana, Masters ha esposto l'idea centrale della sua terapia in questo modo: "Quello... che oggi ci turba di **più** è il fatto che in questa sala non c'è un solo uomo o una sola donna che abbia mai avuto il privilegio di vivere in un ambiente culturale che accettasse il sesso come una funzione naturale." **Affermare** che la nostra cultura non accetta il sesso come una funzione naturale è, per dirla in termini gentili, una vera sciocchezza. Nessuna cultura lo fa. Nessuna cultura accetta come un fatto esclusivamente naturale qualsiasi cosa importante che la gente fa.

La religione ebraica, quella cristiana e quella **maomettana** — e in realtà, tutte le culture — prevedono obblighi e divieti non solo rispetto al sesso, ma anche rispetto al mangiare e al bere. Da questo punto di vista, esse non accettano neanche l'alimentazione come una funzione naturale. Forse ora Masters e Johnson dedicheranno i loro sforzi a rendere il mangiare e il bere delle funzioni naturali, cioè delle funzioni che si possono svolgere in qualsiasi situazione e **senza** prendere in considerazione altro se non **l'ingestione** di sostanze digeribili. Se quello che dico qui sembra ovvio, fate però attenzione, perché a Masters sembra ovvio esattamente il contrario: "Io ho visto nascere dei bambini maschi normali che hanno avuto quattro erezioni prima di fare il loro primo respiro. E circa tre anni fa, abbiamo appurato che le bambine neonate hanno delle secrezioni **vaginali** involontarie durante le prime quattro o sei ore di vita. Se si hanno delle erezioni o delle secrezioni **vaginali** nelle prime ore di vita, non si è certo avuta la possibilità di imparare a farlo.""

Il riflesso sessuale di un neonato è una cosa; l'atto sessuale di un adulto, un'altra. Come fa Masters a passare da uno **all'altro**? A lui basta sentenziare sulla meravigliosa naturalezza dei bambini, per poi arrivare a questo: "La capacità di risposta", sottolinea Masters, "è un fenomeno congenito; la capacità di eiaculazione, la capacità di orgasmo sono doti innate.""

Effettivamente si nasce con la capacità dell'orgasmo. Se non avessimo una potenzialità innata di orgasmo, come potremmo mai averne uno? Tutte le capacità di questo tipo sono innate. Per esempio, abbiamo la capacità di camminare e di nuotare, ma non quella di volare; per cui **possiamo** imparare a camminare e a nuotare, ma non a volare. Ma anche se le capacità sessuali sono innate, gli esseri umani devono imparare a compiere determinati atti, e a provare delle sensazioni sessuali, nei modi socialmente e personalmente accettabili. In realtà, Masters e Johnson sono im-

pegnati a predicare determinati tipi di comportamento e di esperienze sessuali, ma pretendono — come hanno fatto per secoli i medici — di voler solo guarire gli esseri umani da una innaturale condizione di malattia (come se la malattia fosse innaturale), per riportarli a un naturale stato di salute."

Nel discorso tenuto nel 1975 all'Associazione Psichiatrica Americana, Masters ha indicato tre componenti del suo metodo. La prima è il concetto del "sesso come funzione naturale". La seconda è "la padronanza delle scienze fondamentali necessarie per una psicoterapia efficace" (quale che ne sia il significato). La terza è "la consapevolezza che non esiste un partner non coinvolto".

Quest'ultimo concetto, ancora una volta, è presentato in modo fuorviante. L'affermazione secondo cui ogni partner è "coinvolto" — cioè, è in parte responsabile della disfunzione sessuale del paziente di cui ci si occupa — non è una consapevolezza, ma un giudizio. E, ancora una volta, si tratta di un giudizio che risponde ad una finalità molto chiara, cioè quella di giustificare il ricorso alle équipes di ambo i sessi e alle "mogli sostitute".: Su questo punto, è importante vedere quale sia la posizione di Masters nei confronti del lavoro di gruppo degli altri. Una volta egli ha lasciato capire, con molta modestia, che, con l'eccezione sua e di sua moglie, in America probabilmente non c'era nessun altro terapeuta sessuale onesto e competente: "Il dottor William Masters ha affermato che negli Stati Uniti, su 100 cliniche o centri di cura [del sesso], non più di una ha i titoli per esserlo... La stragrande maggioranza delle cliniche non fornisce molto di più di una superficiale educazione sessuale, nel migliore dei casi, e di molte chiacchiere, nel peggiore.""

* "Il sesso è una funzione naturale", ripete sempre Masters. "E se è una funzione naturale, non c'è bisogno di insegnare alcunché; dobbiamo soltanto rimuovere i blocchi che la ostacolano"⁴⁹ Questo messaggio di Masters è semplicistico e fuorviante. Ma sono proprio queste caratteristiche, unite a una visione gnostica del sesso e alla tesi di una sessualità umana infinitamente perfettibile che mi spingono a catalogare Masters insieme a Marx e a Freud.

Rispetto a quello che i terapisti del sesso o i surrogati possono o non possono fare con i loro pazienti, Masters non solo è cieco, ma è anche molto sfrontato. In un'intervista concessa alla rivista "Time" nel 1974, Masters riconosceva che il buon esito della sua cura degli uomini impotenti dipendeva in gran parte dagli sforzi delle prostitute che aveva loro procurato: "Nel 1970 la clinica di St. Louis smise di ricorrere alle sostitute... Masters rimpiange di avere dovuto rinunciare alla terapia con le sostitute*... 'Le statistiche dei successi ottenuti con uomini scapoli impotenti si sono rovesciate completamente', afferma. 'Oggi abbiamo un tasso di insuccessi che va dal 70 al 75 per cento.'"

Si tratta di un'ammissione di notevole importanza da parte di un medico impegnato a curare dei pazienti. Supponiamo che la cura che un medico offre ai suoi pazienti si basi sull'uso della morfina, sulla pratica dell'aborto o sull'assoluta segretezza dei racconti dei suoi pazienti; e supponiamo anche — una circostanza assolutamente non immaginaria — che, per ragioni che sfuggono al suo controllo, a questo medico venga proibito di ricorrere a questi particolari metodi. In queste condizioni, il comportamento piú corretto dovrebbe essere quello di dichiarare che egli non può piú praticare il suo particolare metodo di cura e, quindi, di rifiutare i nuovi pazienti che si aspettano di venir curati con quei metodi prima resi noti, ma ora impraticabili. Masters non ha certo fatto questo. Nonostante che abbia smesso di usare le sostitute, non ha dato nessuna pubblicità a questo fatto, come accadde invece quando si trattò di informare che le impiegava (e, nonostante che abbia ammesso la sua incapacità di curare efficacemente uomini impotenti nella situazione attuale, non ha nemmeno smesso di prendere in cura pazienti di questo tipo). Invece Ma-

* Masters e Johnson hanno smesso di impiegare le sostitute "quando il marito di una di esse li citò in giudizio per alienazione di affetti ed essi dovettero arrivare ad una transazione prima del giudizio"."

sters si è messo ad attaccare gli altri terapisti sessuali, soprattutto quelli che continuavano a impiegare delle sostitute. Ci tocca ora persino di vedere Masters definire immorali i suoi imitatori. È proprio il caso di dire: senti da che pulpito viene la predica!

4.

Il sesso come cura (in pratica)

Nel 1975 si è tenuta a San Francisco la seconda "Convenzione **Hookers**". A questa conferenza hanno partecipato molte personalità eminenti, tra cui Flo Kennedy, **cofondatrice** del National Women's Political Caucus, e l'attrice Jane Fonda, che hanno auspicato la depenalizzazione della prostituzione. Come ci si poteva aspettare, il programma prevedeva un gruppo di lavoro sulla prostituzione come terapia; in esso la dottoressa **Jennifer James**, un'**antropologa dell'Università** di Washington, ha affermato che una "ricerca durata sei anni sulla prostituzione da lei effettuata a Seattle aveva dimostrato che questa attività non era dannosa ed era socialmente utile... Una prostituta viene pagata per non respingere".! La dottoressa James ha sostenuto che "il tasso di malattie veneree tra le prostitute è inferiore a quello presente tra gli studenti della scuola superiore; trattandosi di professioniste la situazione contraria nuocerebbe alla loro attività"! Evidentemente **Masters e Johnson** non sono che gli ultimi arrivati in quel gioco che consiste nel definire la prostituzione terapia sessuale e la terapia sessuale una professione.

La concorrenza tra terapisti sessuali medici e terapisti sessuali senza formazione medica sta creando un **conflitto** che ha tutte le caratteristiche del vecchio **conflitto** che aveva visto gli ostetrici medici combattere e **sconfiggere** le levatrici senza formazione medica. Oggi i nuovi terapisti sessuali rivendicano la loro superiorità rispetto a quelli vec-

chi esattamente negli stessi termini in cui i (nuovi) ostetrici rivendicavano la loro superiorità rispetto alle (vecchie) levatrici di un secolo fa: sostenendo cioè di essere dei professionisti, la cui pratica è scientificamente fondata e votata a proteggere la gente — mentre i loro concorrenti profani sarebbero degli imbroglioni, la cui pratica si fonda sulla superstizione e sulla volontà di sfruttare al gente.

In questo momento, il fronte che divide questi due avversari è ancora abbastanza incerto, perché da entrambe le parti si registrano vittorie, ma anche sconfitte. Non solo spesso si guarda ai terapeuti sessuali come a gente che esercita un'arte assai dubbia, ma, in certi casi, anche alle prostitute si dà il riconoscimento di terapiste. Per esempio, in un recente dibattito sugli effetti curativi del coito, a sostenere che la prostituzione fosse una terapia è stato uno dei **piú** importanti organismi del governo degli Stati Uniti, cioè il servizio di accertamento dei redditi (IRS). Un medico aveva consigliato a un uomo di ricorrere alle prestazioni di una prostituta. Questi lo aveva fatto e poi aveva dedotto i pagamenti effettuati dalla sua imposta sul reddito. Questa detrazione è stata autorizzata, a condizione che egli "cooperasse con l'IRS a individuare quella prostituta. Risultato: l'uomo ha risparmiato 200 dollari di tasse, e la donna è stata colpita da una richiesta di 90.000 dollari di tasse arretrate".)

Anche la comunità medica e il governo della Germania occidentale hanno riconosciuto il ricorso alla prostituzione come terapia. Un medico dello Schleswig ha prescritto a un giovane, diagnosticato come affetto da un eccessivo eccitamento sessuale, delle visite settimanali a un bordello. I costi di queste visite sono stati pagati dalla ripartizione servizi sociali della città di Flensburg. Un'inchiesta in proposito ha concluso che questa prescrizione era conforme alla legge, la quale stabilisce che i fondi assegnati a questo organismo vengano usati per "misure prescritte dal medico per prevenire o rimuovere un handicap". Dai registri dell'ente risultava che quella prostituta **ri-**

sciava al paziente una ricevuta ogni volta che ne riceveva una visita a scopo di "assistenza sessuale". E per quanto concerne la vecchia terapia sessuale, questo è tutto.

Masters e Johnson hanno svolto nella sessuologia moderna un ruolo duplice: hanno fornito una teoria apparentemente nuova della sessualità e hanno legittimato una forma ufficialmente nuova di terapia sessuale. Ma in realtà la loro teoria è servita a giustificare e razionalizzare la loro terapia; e la loro terapia sessuale è servita come prova della validità della loro teoria.

I terapeuti sessuali di oggi riconoscono che le prime pubblicazioni di Masters e Johnson hanno avuto tanta influenza perché erano molto adatte a diventare il "fondamento scientifico" delle nuove terapie sessuali, i cui affari stavano cominciando a prosperare. Quanto gli obiettivi effettivi di Masters siano lontani dalla elaborazione di una scienza della sessualità umana, mirando invece a costruire una burocrazia terapeutica, ed una tecnologia ad essa adeguata, lo si capisce chiaramente nella parte finale di *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, dove Masters sostiene che "una stima prudente indicherebbe che la metà dei coniugi [negli Stati Uniti] è attualmente afflitta da disfunzione sessuale o lo sarà nel prossimo futuro". L'unica speranza di fronte a questa catastrofe sessuale e coniugale sta in "un adeguato programma di specializzazione [che] contribuisca a formare personale adatto da porre alla guida dei centri di addestramento terapeutico di tutto il paese".

Due anni dopo la pubblicazione di *Patologia e terapia del rapporto coniugale* di Masters e Johnson, uscito nel 1970, a New York erano già state aperte cinque cliniche di terapia sessuale e nel 1973 nell'area metropolitana di New York avevano già cominciato ad operare altre sette cliniche del sesso legate a qualche ospedale. Rispetto alla situazione economica di queste cliniche, Joseph Lo Piccolo ha rilevato che negli Stati Uniti "il costo medio di quindici ore di psicoterapia con uno psicologo o uno psi-

chiatra privato per un paziente esterno varia tra i 300 e i 750 dollari. Invece, il costo di quindici ore (durata media del trattamento) di una terapia sessuale presso uno dei numerosi centri di terapia sessuale varia tra i 2.500 e i 4.000 **dollari**".⁸ La cosa però non è **così** straordinaria, se si pensa che gli psicoterapisti vendono solo una conversazione, mentre molti terapisti del sesso vendono per l'appunto Sesso.

In queste nuove terapie sessuali, il ricorso alle sostitute riveste un ruolo fondamentale. In realtà, Masters e i suoi accolti sono riusciti a diffondere questo eufemismo per mascherare una vera e propria truffa sessuale. Linda Wolfe, autrice di una documentata inchiesta sull'impiego delle sostitute nelle terapie sessuali, racconta di aver "parlato con parecchi professionisti di qui [New York], che hanno ammesso di ricorrere alle sostitute — in genere ragazze squillo che chiedono **100** dollari per notte — ma non mi hanno autorizzata ad intervistare queste **ragazze/sostitute**. Essi non vogliono nemmeno che venga fatto il loro nome".⁹ La Wolfe ha anche parlato con delle sostitute, sia a New York sia in California. Una di queste, indicata con lo pseudonimo di "Pandora", si considera una sostituta ma anche una terapeuta:

A Pandora i clienti vengono mandati da diversi medici e psichiatri della città. Ha cominciato facendo pagare 500 dollari per una serie di dodici sedute, distribuite lungo un arco di quattordici giorni, da tre a quattro ore per seduta. Ora ha portato la sua tariffa a 750 dollari e non ha registrato alcun calo nelle richieste dei suoi servizi. Afferma di aver ottenuto il 100 per cento dei successi.¹⁰

In California la **Wolfe** ha parlato con parecchie donne, tra cui due che lavorano sia come sostitute sia come **terapiste** presso una clinica denominata Berkeley Group **for Sexual Development**." **Secondo** lei queste sostitute erano sincere e "si consideravano votate al servizio del genere umano, nel senso tradizionale dell'espressione".¹² Una delle sostitute-terapiste citate dalla **Wolfe** è stata presentata nel

1972 (un anno prima della pubblicazione dell'articolo della **Wolfe**) da "Newsweek" in questi termini: "Un'attraente brUNETTA di **26** anni che vuole diventare terapeuta professionista è entrata alla State University di San José lavorando come terapeuta sessuale. Si fa pagare 50 dollari per una **seduta** di due ore e mezzo — compreso fare l'amore — nel suo appartamento piacevolmente arredato, dove non mancano un braciere per l'incenso e un materasso ad acqua riscaldata." "Sembra che il successo di questa donna abbia riempito di invidia alcune sue colleghe, perché parlando con la **Wolfe** una di esse le ha rivolto l'accusa di eccesso di zelo terapeutico per "i suoi frequenti orgasmi con i pazienti di sesso maschile (li offre loro come doni)"."

La nuova terapia sessuale ha preso rapidamente piede anche in Inghilterra. Martin Cole è laureato in genetica delle piante, e dirige l'**Institute** for Sex Research di Birmingham, dove "l'insegnante n. 1... è la sua terza moglie, una venticinquenne di nome Barbara". Barbara Cole e altri volontari, sia maschi sia femmine, insegnano a pazienti di **ambo** i sessi a copulare bene. Con al suo attivo non meno di cinquanta coiti terapeutici, la signora Cole ha dichiarato: "Quando un uomo del genere, tormentato e disperatamente infelice, riesce finalmente a fare l'amore con me, proviamo entrambi delle sensazioni straordinarie." "Il dottor Cole ha sostenuto (nel 1973) che "un uomo inglese su dieci ha bisogno di aiuto per la sua vita sessuale", e che, "se li avessi, potrei impiegare 50 terapisti sessuali".¹⁶

Sei anni dopo, gli affari di Cole erano in pieno boom. Secondo un servizio del "Guardian", egli aveva alle sue dipendenze venti "sostitute", di cui almeno una era un'ex prostituta: "Prima di cominciare a lavorare per l'**Istituto**, [**Dawn**] lavorava in una sauna, praticando quello che viene definito 'massaggio' e avendo a volte anche dei rapporti sessuali con i clienti. Anche se come sostituta guadagna di meno, è contenta di non dover temere continua-

mente le incursioni della polizia o una pessima fama." Il successo economico ottenuto dall'iniziativa di Cole in parte deriva anche indubbiamente dal fatto che chi paga i servizi delle sostitute è il contribuente inglese: "Gli onorari di alcuni pazienti vengono pagati o dal Servizio Sanitario Nazionale o con fondi di servizi assistenziali e il dottor Cole ritiene che gli organismi che gli inviano i loro pazienti registrino questi **esborsi** in modo da nascondere il fatto che il paziente sta seguendo la terapia con una sostituta."

Ovviamente, fatti come questi mettono in subbuglio il mondo dei medici. Questi sostengono che i loro concorrenti non medici sono degli imbrogliatori e chiedono che si debba ottenere "una qualche forma di autorizzazione per esercitare nel campo delle terapie sessuali". Così dobbiamo cercare di capire non solo **quello** che i medici che praticano le terapie sessuali dicono di fare, ma anche quello che fanno.

Grazie al Primo Emendamento alla Costituzione e all'iniziativa di alcuni scrittori ed editori americani, possiamo venir edotti sulle nuove terapie sessuali direttamente dalle sostitute. Le osservazioni che seguono si basano sulle informazioni contenute in un libro in edizione economica intitolato *Surrogate Wife*, scritto da "Valerie X. Scott" e Herbert H. Lee. In copertina il libro è presentato come "La storia di una terapeuta sessuale di Masters e Johnson e dei nove casi che ha avuto in cura". In quarta di copertina si dice:

Valerie X. Scott non è il vero nome di questa terapeuta; per ovvie ragioni, preferisce che non si venga a sapere.

Valerie ha lavorato **alla** Fondazione di St. **Louis** di Masters e Johnson come terapeuta "di letto" nella cura dell'insufficienza sessuale maschile. **C'è** chi potrà rimanere scioccato da alcuni aspetti di questa terapia, ma essa si è dimostrata valida. Valerie doveva diventare una vera partner sessuale di quegli uomini infelici e a volte disperati che si rivolgevano a Masters e Johnson per essere guariti **dall'impotenza**. Il coautore di Valerie è stato uno dei suoi pazienti... Qui, con un linguaggio incredibilmente franco, Valerie racconta con toni vivaci le sue nove "cure", le tecniche

che usava, il modo in cui esse venivano adattate ai diversi tipi di uomini che assisteva, e le sue reazioni di doma **al** ruolo di sostituta **moglie**.^{20*}

Herbert Lee — che, per adeguarmi al suo stile, chiamerò semplicemente Herbert — è uno scrittore di professione. Sostiene di aver fatto il pellegrinaggio a St. Louis per guarire **dall'impotenza**. Però, come dice Herbert, inizialmente la Fondazione era stata costituita per assistere soltanto le coppie. Per questo venivano fornite agli uomini delle sostitute (non si fornivano, però, alle donne sostituti di sesso maschile). Quando Herbert arrivò per la **cura** (non ne conosciamo la data) già "tredici donne scelte fra trentun candidate erano state accettate come sostitute-mogli". I loro rapporti con Masters e Johnson vengono **così** descritti: "Una volta assegnata a un paziente, **alla** sostituta veniva dato un dossier completo sulla sua vita e sul suo retroterra sessuale, oltre ai particolari sui suoi problemi specifici. Da quel momento, la sostituta registra' va tutto, giorno per giorno, riceveva istruzioni dal dottor Masters o dalla signora Johnson, e relazionava sul tempo che aveva trascorso con il paziente." Le sostitute, inoltre, venivano pagate direttamente da Masters e Johnson.

Poiché la Fondazione assisteva solo coppie, Herbert dovette aspettare che gli venisse assegnata una sostituta. Questa è la descrizione della prima impressione che ne ebbe:

Ero seduto accanto a una graziosa ragazza di circa **ventisei** anni, coi capelli rossi, lunghe gambe scoperte **fino** a mezza coscia, sotto una minigonna scura e una cotta giacca aperta: **una** ragazza con un seno decisamente prominente; e con un viso e un corpo che **me** la fecero desiderare subito. Una ragazza **che** mi apparteneva; che io in realtà avevo comprato **alla** clinica due giorni prima; che sarebbe stata mia in tutti i modi in cui un uomo può volere una doma **desiderabile**.²¹

* L'autenticità di questo racconto, per lo meno per quanto concerne i riferimenti a Masters e Johnson, uova conferma nei ringraziamenti degli autori, contenuti n da prefazione. Essi scrivono: "Tutti i nomi propri di *Surrogate Wife* (compresi i nostri) sono stati cambiati, tranne quelli del dottor Masters e della signora Johnson".?

William Masters è un medico che cura dei pazienti. I pazienti si presuppone che siano malati. Ma questo Herbert, era anche lui malato? Dopo la sua prima prova, ebbe un colloquio con Masters, che gli disse che "l'esame e i risultati di laboratorio lo avevano convinto che non avevo assolutamente niente". Herbert era evidentemente un paziente ideale per questo guaritore che ha la passione di denunciare i suoi concorrenti come imbroglioni. Herbert si sentì immediatamente meglio: "Gli credetti... Era come essere in analisi da Freud, nell'epoca in cui Freud era considerato l'unico che potesse dare un aiuto, il maestro **incontestato** nel suo campo."²⁶

Masters diede subito inizio alla terapia. "Il dottor Masters mi disse che quella sera Valerie sarebbe venuta in camera mia. Potevamo cenare lì o fuori, bere un bicchiere o due, e poi potevamo spogliarci e andare a letto; non per avere un rapporto sessuale, ma solo per esplorarci a vicenda, per giocare, per toccarci, per ricostituire il mio senso del piacere sessuale."²⁷

A questo punto del libro si passa alla storia di Valerie, di cui il caso di Herbert costituisce solo un episodio. Dopo alcune informazioni sulla storia personale di Valerie, veniamo a sapere in che modo è diventata una sostituta.

Il mio lavoro, dopo aver versato una parte dei miei guadagni a mia madre, mi concedeva soltanto lo stretto indispensabile, e qualsiasi extra era sempre bene accetto. Questa è una cosa che avevo paura di dire. Per lo meno d'inizio, il denaro è stata la ragione principale, anche se il dottor Masters e la signora Johnson non lo sapevano... Biii e Gini erano terribilmente selettivi nella scelta delle sostitute e l'essere stata accettata mi era sembrato molto gratificante. Ma, d'ora, quando decisi di partecipare al programma, ed ero là, seduta nell'ufficio di Gini, **quello** che mi spinse ad accettare fu il disperato e urgente bisogno di **denaro**.²⁸

E in cambio del denaro dato a Valerie, Masters che cosa voleva che lei facesse? Questo è come Valerie ha inteso lo scambio:

Certo, dalle discussioni che ho fatto alla Fondazione, ho capito che avrei dovuto usare ogni mezzo a mia disposizione per procurare a **quest'u-**

mo delle erezioni e degli orgasmi. Il gioco era proprio questo: dimostrar-gli che con me ce la faceva, e che quindi ce l'avrebbe fatta anche con sua moglie e con qualsiasi altra donna.²⁹

L'uomo di cui Valerie parla qui era sposato, ma preferiva venir curato con una sostituta piuttosto che con sua moglie. In questo caso, quindi, Masters e Johnson non stavano solo procurando una partner sessuale a un uomo, ma stavano anche partecipando al progetto e alla consumazione di una relazione adulterina.

Le analogie tra la prostituzione di vecchio tipo e la nuova terapia sessuale sono già state rilevate da numerosi osservatori di svariate discipline, compreso il diritto.

Masters cominciò le sue ricerche sul sesso utilizzando delle prostitute di professione, una pratica che ben presto, di fronte alle critiche dell'opinione pubblica, dovette abbandonare. Per sostituire le prostitute, **Masters** cominciò a reclutare delle volontarie, utilizzando la comunità accademica dell'Università di Washington. Anche se ha cercato di nascondere il suo effettivo operato dietro una cortina semantica di termini medici e dietro l'incantesimo **ritualizzato** dei termini consacrati "coppia" e "unità coniugale", da *Patologia e terapia del rapporto coniugale* si deduce che in undici anni ben "cinquantaquattro uomini celibi e tre donne nubili erano stati sottoposti alla sua cura contro le disfunzioni sessuali". Sedici di questi uomini celibi e tutte le donne nubili avevano portato con sé i loro **compagni**. Masters e Johnson chiamavano questi amanti "partners supplenti" decidendo di trattarli come membri della coppia. In un'analisi giuridica della nuova terapia sessuale, David **Leroy** rileva che Masters e Johnson non riferiscono di aver mai fatto **alcunché** per **appurare** se "il paziente o il partner supplente fossero sposati con un'altra persona al momento della cura" ricadendo in **tal** modo, dal punto di vista giuridico, in una situazione adulterina." Comunque, questo problema legale è un'inezia rispetto a quello creato dal loro ricorso alle so-

stituite. Anche a questo proposito, Masters e Johnson sono sfuggenti ed elusivi; e non solo con l'uso di eufemismi **mendaci** per indicare le donne pagate per avere dei rapporti sessuali con degli uomini.* Anche se sostengono che la funzione della sostituta è quella di far le veci della moglie o dell'amante dell'uomo in cura, in realtà essi trattano la coppia formata dall'uomo e dalla sostituta in modo del tutto diverso da come fanno con la coppia formata dall'uomo e da sua moglie (o con la coppia formata dall'uomo e dalla sua amante). La coppia regolare viene trattata come un'unità, entrambi i suoi membri vengono considerati dei pazienti; ed entrambi si incontrano con Masters e Johnson in colloqui terapeutici a quattro. Con la coppia formata dalla sostituta, invece, Masters e Johnson modificano il loro procedimento, escludendo la sostituta dai colloqui professionali. Essa deve invece fare rapporto dopo ogni seduta, in genere alla signora Johnson, da cui riceve istruzioni su come e fino a che punto procedere nell'incontro successivo." Le sostitute vengono pagate per i loro servizi sessuali e la tariffa arriva fino a 250 dollari per paziente."

Poiché le sostitute venivano pagate per le loro prestazioni sessuali e gli uomini scapoli in cura sapevano che sarebbero state fornite loro delle partners sessuali, **Leroy** ritiene che "tutti o la maggior parte di coloro che partecipano a queste attività commettono dei reati contro le leggi sulla prostituzione". "Ma, allora, perché Masters non è mai stato incriminato? La ragione principale sta "nel fatto che il dottor Masters, con il suo indiscutibile programma 'medico', i suoi legami con una grande università, la rivelazione selettiva e graduale del suo programma **incen-**

* Queste mie osservazioni critiche sulle potenziali violazioni della legge da parte di Masters e Johnson, con le loro **ricerche** e la loro pratica nel campo della "terapia sessuale" non implicano che io approvi quelle leggi che essi possono aver violato. Anzi, io considero ripugnanti tutte le leggi che limitano i rapporti contrattuali tra persone adulte coesenzienti (ad eccezione dei "contratti" che prevedono la **schiavitù** o l'uccisione di una delle parti contraenti). Però, dato che Masters e Johnson ritengono che lo stato dovrebbe svolgere un ruolo attivo nella promozione della "terapia sessuale scientifica" e proibire la "ciarlataneria nel campo della terapia sessuale" (e la **prostituzione**), un'analisi critica dello stato giuridico della terapia sessuale praticata da Masters e Johnson mi pare non **solo** giustificata, ma anche rilevante.

trato sulla incontestabile 'moralità' di una coppia formata da marito e moglie, un libro emendato da qualsiasi riferimento scabroso grazie a un linguaggio intenzionalmente tecnico, si è accaparrato con molta cura il favore dell'opinione pubblica".³⁵

A infrangere virtualmente le leggi non sono solo le sostitute, ma anche i terapeuti. Chi avvia una donna ad un'attività di prostituzione, le dà lavoro e la porta in giro, o sovrintende in qualsiasi altro modo alle sue attività, può venir accusato di violazione delle leggi sul procacciamento e lo sfruttamento della prostituzione." Ma la catena delle attività criminose legate a questo tipo di terapia non si ferma qui. Anche la clinica può venir considerata "potenzialmente incriminabile per sfruttamento della prostituzione", mentre coloro che mandano i pazienti alla Fondazione (cioè il medico personale del paziente, il sacerdote o l'operatore sociale) possono venir condannati per istigazione **alla** prostituzione.³⁷

Dimentichi delle proprie radici storiche, i sessuologi moderni difendono come validi metodi di cura non solo il rapporto sessuale, ma anche la masturbazione, come se il ricorso apparentemente terapeutico a queste attività sessuali costituisse una scoperta medica recente. Ma questi nuovi terapeuti del sesso non hanno fatto che versare del vino vecchio in una botte nuova, cambiando la confezione dell'eccitamento, della stimolazione e della gratificazione sessuali per presentarli come tecniche terapeutiche specialistiche.

In realtà, anche il famoso medico greco **Galeno** di Pergamo (129-199 d. C.) consigliava la masturbazione — praticata alla paziente dal medico — per curare l'isteria: "Grazie all'efficacia dei farmaci ed eccitata dallo **sfregamento** dei genitali prescritto dalla cura, si verificarono delle contrazioni accompagnate al tempo stesso da dolore e da piacere, dopo di che essa emise un effluvio torbido e **ab-**

bondante di sperma [cioè di secrezioni genitali]. Da allora **fu liberata** da tutto il male che provava."¹

Verso la fine del **diciannovesimo** secolo — quando la **credenza** che la masturbazione facesse ammalare, o fosse una malattia, aveva raggiunto il culmine — Mark Twain metteva in ridicolo quest'idea, ironizzando con grande **pre-**scienza sui suoi poteri terapeutici.

Nel secondo libro **dell'Iliade** Omero dice con entusiasmo: "O la masturbazione o la morte!" Cesare, nei suoi Commentari, afferma: "E **una** compagnia per il solitario, un **amico** per il derelitto, un benefattore per il vecchio e per l'**impotente**; **anche** chi è povero in canna è comunque ricco, perché può sempre dedicarsi a questo divertimento regale." Altrove questo osservatore tanto acuto aveva detto: "Ci sono dei momenti in cui la **preferisco alla** sodomia." Robinson Crusoe dice: "Non riesco a descrivere quanto io debba a questa arte soave." La regina Elisabetta diceva: "E il baluardo della verginità." Cetewayo, l'**eroe** degli Zulú, **affermava**: "Meglio un brivido nella propria mano che un brivido a due nella boscaglia." L'immortale **Franklin** sosteneva che: "La masturbazione è la madre di tutte le invenzioni", e ancora che: "La masturbazione è sempre la scelta migliore." Michelangelo e tutti i maestri di un tempo si esprimevano in termini analoghi. Michelangelo disse a Papa **Giulio II**: "Lo sprezzo di **sé** è nobile, il culto di **sé** è benefico, il **possesso** di **sé** è virile, ma per l'anima veramente grande e ispirata tutto ciò è una cosa misera e dozzinale a confronto con l'abuso-di-sé".*"

Mark Twain scherzava, mentre i nuovi terapisti del sesso sono tremendamente seri.

Masters e Johnson sono favorevoli alla masturbazione perché ritengono che essa sia terapeutica, sia dal punto di vista matrimoniale che medico. Nel matrimonio, secondo loro, la masturbazione è consigliabile per una buona metà dei mariti e delle mogli americane, la cui inettitudine sessuale rappresenta una minaccia per la sacralità del matrimonio e quindi anche per la stabilità politica della nazione.* Dal punto di vista medico, è indicata soprattutto per

* Il passo citato è tratto da un discorso di **Mark Twain** allo "Stomach Club" di Parigi nel 1879. Fu ritenuto talmente scandaloso che per ben ottantacinque anni non venne mai pubblicato.

le donne e per gli uomini anziani. Le donne hanno bisogno di masturbarsi perché durante le mestruazioni la masturbazione "aumenta il flusso e riduce i crampi pelvici e il mal di schiena che si accompagnano di frequente alla mestruazione". Meglio dell'aspirina! Gli uomini anziani hanno bisogno di masturbarsi per tenersi sessualmente in forma. Seguendo il vecchio adagio "O lo usi, o lo perdi", Masters e Johnson prescrivono una specie di jogging del **pene**.

Il modo pedissequo e privo di umorismo in cui Masters e Johnson accettano e fanno propria la dottrina della terapia masturbatoria trova un' **esemplificazione** nella loro scoperta di una nuova malattia sessuologica, denominata **insufficienza** orgasmica masturbatoria.

Che **cos'è l'insufficienza** orgasmica masturbatoria? Secondo i suoi scopritori, si tratta, innanzitutto, di una vera e propria malattia: Masters e Johnson ne affrontano l'**eziologia**: in generale, la religione; poi ne stabiliscono l'**incidenza**: colpisce (come era prevedibile) solo le donne; e descrivono le cure assegnate a undici pazienti che soffrivano di questa malattia, dieci delle quali sono guarite. La definizione che danno di questo presunto stato patologico mostra chiaramente che cosa questi saltimbanchi della masturbazione siano riusciti ad ammannire a una **collettività** medica sempre **più** corrotta e a un pubblico sempre **più** credulone: "Una donna affetta da insufficienza orgasmica masturbatoria non sa raggiungere l'orgasmo né col partner, né con l'**autostimolazione**, sia in esperienze omosessuali, sia in esperienze eterosessuali. Ma essa può raggiungere l'orgasmo durante il coito, e di fatto ci riesce."

Vale la pena di rilevare quanto questa diagnosi sia implicitamente oltraggiosa. Indipendentemente dalla situazione umana in cui una donna raggiunge l'orgasmo con un'**attività** non copulatoria (eterosessuale, omosessuale, o solitaria, di amore o senza amore, ecc.), e indipendentemente dai mezzi che usa per ottenerlo (le dita, il solletico, un **vibratore**, l'acqua, ecc.), Masters e Johnson vedono in questo **or-**

gasmio una prova di sufficienza orgasmica masturbatoria. Questo è il loro eufemismo medico per dire sano, normale, buono. Ciò li porta a concludere che le donne che raggiungono l'orgasmo nel coito eterosessuale, ma non nella masturbazione, soffrono di insufficienza orgasmica masturbatoria, che è il loro eufemismo medico per dire malato, anormale, cattivo.

La scoperta di questa malattia costituisce l'esatto rovesciamento della vecchia teoria della pazzia **masturbatoria**. Nel diciannovesimo secolo, la masturbazione era considerata una malattia e non una terapia. Al contrario, oggi, non masturbarsi è una malattia, e masturbarsi è un trattamento.

I metodi oggi in uso per far passare la masturbazione come terapia, soprattutto per le donne, sono tutti **più** o meno simili. Il sistema inventato da Charles Lobitz e Joseph Lo Piccolo, due psicologi **dell'Università dell'Oregon**, ne costituisce un emblema, spesso portato a modello. Esso consiste di una serie di esercizi autoerotici che essi chiamano programma di masturbazione in nove fasi." Tra i compiti che Lobitz e Lo Piccolo assegnano alle donne troviamo l'esame dei genitali allo specchio, l'esplorazione con la mano per individuare le zone erogene. A questo punto una terapeuta di sesso femminile insegna alla cliente alcune "tecniche di masturbazione, compreso l'impiego di un lubrificante". Si può anche consigliare un vibratore. Una volta che la cliente "è in grado di raggiungere l'orgasmo masturbandosi, si introduce il marito, affinché osservi la moglie". Poi si insegna al marito a masturbare la moglie. Infine, "insegriamo alla coppia a praticare il rapporto mentre il marito stimola i genitali della moglie, con le mani o con un vibratore"." In breve, la cliente viene trattata come un bambino stupido a cui un genitore o un maestro sapienti insegnano ad eseguire un atto particolare... Cosa degna di nota, lo scopo ultimo del programma di masturbazione non è quello di portare il paziente al godi-

mento per mezzo dell'autostimolazione, ma quello di iniziarglielo ad un'attività masturbatoria coniugale. (Gli autori chiamano sempre "marito" il partner di sesso maschile.)

Metodi analoghi vengono sostenuti anche da altri terapisti del sesso. Per esempio, Jack Annon, uno psicologo del Consultorio Sessuale della Scuola Medica dell'Università delle Hawaii sostiene che "l'autostimolazione occupa il primo posto tra i modi per raggiungere l'orgasmo e che il 75 per cento delle donne che ricorrono a questo sistema affermano di raggiungerlo, se lo vogliono, in 4 minuti". Questo inciso — cioè che le donne possono raggiungere l'orgasmo masturbandosi "se lo vogliono" — dimostra la stupidità di questo genere di testi sessuologici. È ovvio che la gente può trarre piacere dal sesso se lo desidera — esattamente come può trarre piacere dal mangiare, dal bere, dal fumare o dall'uso di droghe, se lo desidera. E, se si vuole trarre piacere da queste attività, si può imparare da soli, o farselo insegnare dagli amici o dagli amanti. Ma allora, perché tutto questo baccano sui terapisti sessuali che insegnano alle donne come masturbarsi? Non sarà forse questa un'altra variazione sull'eterno tema degli uomini che reprimono le donne?

Questo sospetto **trova** conferma nel fatto che gran parte dell'attuale pubblicistica favorevole alla masturbazione si fonda sul presupposto che i genitali femminili siano una specie di elettrodomestico di cui la proprietaria non abbia capito bene le istruzioni per l'uso. Gli esperti devono spiegare alle donne come sono fatti i loro organi sessuali e come si fanno funzionare. Niels Lauersen e Steven Whitney, autori di *It's Your Body: A Woman's Guide to Gynecology*, affermano che siccome "il clitoride è in una posizione alquanto poco adatta al rapporto" il corpo della donna non è fatto per il coito. Però è perfettamente adatto alla masturbazione. Può richiedere un certo sforzo far funzionare questa macchina, ma Lauersen e Whitney rassicurano la lettrice, spiegando che ci vogliono soltanto esperienza e perseveranza: "All'inizio, può succedere che

prima di **raggiungere** l'orgasmo debba masturbarsi **un'ora** al giorno per diverse settimane... Se la masturbazione manuale si rivela troppo faticosa, ci si può **ovviamente** aiutare con un vibratore. ""

La legittimità della masturbazione e del vibratore come tecniche terapeutiche nella medicina contemporanea americana è **più** che evidente nel brano apparso nella rubrica Domande e Risposte del "Journal of American Medical Association". Un medico chiede lumi sul "valore del vibratore per una donna sana che incontra delle difficoltà a raggiungere l'orgasmo nel rapporto sessuale normale". Il consulente, **William Masters**, risponde:

Il vibratore ha un valore preciso. Se questa donna non ha **mai** avuto **un'esperienza** di orgasmo, indipendentemente dal sistema usato per stimolarsi, è giusto toglierle la paura di non essere capace di questa **risposta**. Il pericolo di questa tecnica terapeutica sta nel fatto che il vibratore può dare **assuefazione**. Dovrebbe venir usato solo **nell'ambito** di una terapia adeguata, che le permetta di eliminare questa disfunzione **orgasmica** di fondo?

Masters da per scontato che la masturbazione sia una terapia. Aggiungendo che il vibratore "può dare assuefazione [e] dovrebbe venir usato solo nell'ambito di una terapia adeguata", egli sostiene implicitamente che, al pari degli stupefacenti, i vibratorini potrebbero essere usati soltanto da pazienti in cura, e probabilmente solo su ricetta.*

I poteri terapeutici della masturbazione vengono ora esaltati con la stessa ottusa prosopopea professionale con cui in passato ne venivano denunciate le **potenzialità pa-**

* La maggior parte di ciò che va sotto il nome di terapia sessuale è caratterizzato da una **sconcertante** insensibilità morale. Alcuni elementi — come il **programma** della Clinica per le **Disfunzioni** Sessuali della **Loyola University** di Maywood (nella cintura di **Chicago**) — sono moralmente ripugnanti. Questa clinica **pretende** di adottare un'impostazione "conforme al **pensiero dell'Università** Cattolica di cui fa parte". Però il suo programma ricalca il modello di **Masters e Johnson** e include "l'**esame sessuologico**" della moglie alla presenza del marito, durante il quale "sia **la moglie** sia il marito vengono invitati a **localizzare** il ditoride". Le **spese** di questa cura sono **coperte** in gran parte dalle "**assicurazioni, dal Medicare e dall'assistenza** Pubblica". Qualcuno dovrebbe iniziare un'azione giudiziaria per ottenere la copertura anche del **Medicaid**.

togene. Quando coloro che erano contrari alla masturbazione volevano fare in modo che la sua pratica sembrasse un male, la chiamavano abuso-di-sé. Ora i fautori **della** masturbazione, volendo farla apparire una **virtú**, la chiamano auto-soddisfacimento.

Il parallelismo tra le vecchie e le nuove posizioni nei confronti della masturbazione si può anche scorgere nel modo in cui le argomentazioni favorevoli alla masturbazione continuano ad adeguarsi all'etica e alla logica delle argomentazioni a favore del rapporto sessuale che essa sostituisce. Una volta il rapporto sessuale era giustificato dalla finalità di procreare; ora la finalità di un rapporto sessuale orgasmico giustifica la masturbazione. Anche i fautori **piú** radicali della masturbazione ricadono in questa giustificazione%;che però solleva un problema: perché si dovrebbe ancora cercare di giustificare la masturbazione, invece di limitarsi a sostenere che si tratta solo di un problema di chi si masturba, o di chi non si masturba? Se le donne hanno diritto a disporre del proprio corpo (come sostengono i fautori della masturbazione terapeutica), non **c'è** bisogno di **nessun'altra** giustificazione per degli atti sessuali, compiuti con adulti **consenzienti** o da soli.

Sostenendo il diritto delle donne a disporre del proprio corpo, ma giustificando anche la masturbazione come terapia, i sessuologi moderni tradiscono la loro fondamentale estraneità verso l'idea stessa di libertà. Per esempio, **Martin** Weisberg e **Bobbie** Whitney, una coppia mista di esperti di sesso, dichiarano: "La masturbazione è un importante strumento terapeutico, perché aiuta a capire il concetto di autosoddisfacimento nel suo significato **piú** ampio. Una volta che una donna sia diventata sicura del proprio orgasmo attraverso **l'autostimolazione**, può cominciare a trasferire questa sua reattività nei rapporti con il **partner**."⁵¹ Ma se quello che insegnano i nuovi terapisti del **sesso** è l'autosoddisfacimento, perché non insegnano alla gente a bere, a fumare e a consumare droghe? Anche queste

attività sono sicuramente degli strumenti di **autogratificazione**.

Il SIECUS (Sex Information and Education Council of the United States)* ha preso una posizione **ufficiale** sulla masturbazione. È favorevole ad essa perché è "naturale". Ma c'è un comportamento umano che non lo sia? Ruttare e **scoreggiare**, rubare e uccidere sono tutte cose naturali. Forse che ciò le rende desiderabili o terapeutiche? Inoltre, anche se il SIECUS associa giustamente la masturbazione all'affermazione del diritto di disporre di se stessi, per i sostenitori liberali del SIECUS l'idea stessa di questo diritto — che include anche la possibilità di giocare d'azzardo, di assumere droghe, di commettere suicidio e altri principi libertari fondamentali — rappresenta un anatema.

L'ipotesi che i sessuologi moderni non capiscano nemmeno il concetto di diritto di disporre di se stessi o non credano in esso, trova conferma in molte loro osservazioni. Eccone una tipica: "[la masturbazione] dovrebbe essere sempre consigliata ai **partners** durante i periodi di separazione e di malattia, o quando i bisogni sessuali di uno di essi non possono venire completamente soddisfatti dall'altro, ecc. Spesso, in queste circostanze, chiedo alle coppie di concedersi reciprocamente l'autorizzazione." Questo autore parla **dei** bisogni sessuali degli individui come se ce ne potessero essere di diversi, come se le coppie — o magari persino i gruppi, le nazioni, o il genere umano nel suo insieme — avessero anche loro dei bisogni sessuali. Il fatto che chieda "alle coppie di concedersi reciprocamente l'autorizzazione" di masturbari è un tentativo di riunire in **un'unica** frase il suo disprezzo per la lingua e il suo tentativo di accreditare una particolare versione del contratto matrimoniale.

La masturbazione — come qualsiasi altra attività sessuale che non arrechi danno agli altri — è una questione

* Del molo del SIECUS e di Mary Calderone nel campo dell'educazione sessuale si parla nel capitolo 7.

Il sesso come cura (in pratica)

che riguarda il comportamento personale del singolo individuo. Essa, come qualsiasi altro comportamento, è al tempo stesso una manifestazione e una conseguenza delle conoscenze mediche e delle convinzioni morali di un individuo sulla natura della **sessualità** umana e sul ruolo che ad essa spetta nella propria vita. Il fatto che un determinato atto non arrechi piacere o sia cattivo non ne fa una malattia; come non ne fa una cura **il fatto** che esso sia piacevole o buono.

La chirurgia sessuale

Molto prima che la chirurgia sessuale venisse **razionalizzata** su basi mediche, essa lo era stata per motivi religiosi. In effetti, l'idea che gli organi sessuali debbano venir alterati con un intervento chirurgico percorre tutta la storia. Poiché i genitali (come altre parti del corpo, soprattutto il viso) hanno un significato simbolico, e **poiché** la **cultura** si fonda su interazioni simboliche, gli esseri umani sono facilmente indotti a credere che gli organi e le **facoltà** sessuali allo stato naturale non abbiano la giusta forma o dimensione e che pertanto li si debba sviluppare o ridurre con mezzi artificiali o con interventi **chirurgici**.*¹

Il primo esempio storico di chirurgia sessuale è la **circuncisione**. Secondo il Vecchio Testamento, le sue origini e il suo significato sono i seguenti:

Disse inoltre Dio ad Abramo... Questa è la mia alleanza che dovete osservare, alleanza tra me e voi e la tua discendenza dopo di te: sia **circunciso** in **mezzo** a voi ogni maschio. Vi farete, cioè, recidere la pelle del **vostro** prepuzio, e questo **sarà** il segno **dell'alleanza** tra me e voi... **L'incircunciso**, il maschio cioè di cui non sarà recisa la carne del prepuzio, **quell'individuo** sia eliminato dal suo popolo: ha violato la mia alleanza'

La Bibbia racconta la storia degli antichi israeliti che avevano fatto con Dio questo patto: gli ebrei danno a Jah-

* Offro qui questa breve panoramica sulle pratiche chirurgiche sia antiche sia moderne con la speranza che essa aiuti il lettore a collocare in una prospettiva critica di fronte ai posteri le pretese degli odierni **patologi** e **terapisti** del sesso.

vé il loro prepuzio, in cambio del quale **Jahvé dà** loro la condizione di nazione eletta. La mutilazione del pene diventa un emblema di identità, il segno che gli ebrei sono il popolo eletto da Dio. Ma poiché in seguito i cristiani e i musulmani hanno sostenuto **anch'essi**, e forse anche con maggior successo, che essi, ed essi soli, erano i figli favoriti di Dio, si può ritenere che questa operazione sia stata fallimentare.

Sembra che gli antichi israeliti nutrissero un fortissimo interesse per i prepuzi, fino a considerare la pelle recisa dal pene un trofeo, proprio come i cacciatori di teste:

Allora Saul disse: "Parlerete **così** a David: 'Non è che il re desidera un dono nuziale, ma soltanto cento membri di Filistei...'" David si era levato ed [era] partito... aveva colpito fra i Filistei duecento uomini, di cui **portò** ai re i membri, in numero esatto, per divenire genero del re.'

Nonostante questo passo **biblico**, la maggior parte della gente — ebrei e non — continua a credere che la circoncisione rituale sia una prova del particolare interesse degli antichi ebrei verso l'igiene dei genitali.* Quest'idea, però, è in aperta contraddizione con il fatto che la legge ebraica prescrive la circoncisione anche dei bambini morti:

Un bambino che muoia prima della **circoncisione**, sia entro gli otto giorni che dopo, deve essere circonciso prima della sepoltura, per asportargli il prepuzio, che costituirebbe per lui una grave minaccia... Se fosse sepolto senza essere stato circonciso e [i suoi genitori] lo venissero a sapere subito dopo, e vi fosse la certezza che non è iniziato il processo di decomposizione, la tomba potrebbe essere aperta per eseguire la **circoncisione**. Ma se lo venissero a sapere dopo qualche giorno, la tomba non potrebbe **più** essere aperta?

Se Esculapio è il progenitore dei medici, Abramo lo è sicuramente dei chirurghi del sesso. È a lui che si fa

* Attribuire un fondamento igienico o razionale ad alcune leggi della religione ebraica è una pratica molto diffusa tra gli studiosi moderni di religioni e di scienze sociali. Però queste teorie sono in netto contrasto con i fatti. Le leggi sessuali ebraiche e le prescrizioni alimentari degli ebrei non sono un fatto igienico, ma dipendono da quello che oggi chiamiamo razzismo: per esempio, il Kashrut (la legge alimentare) vieta di bere vino preparato, o anche solo toccato, da un non ebreo.⁴

risalire l'introduzione e la diffusione della circoncisione (ma in realtà, la circoncisione veniva praticata anche dagli Egizi, da cui gli ebrei l'avevano copiata). La circoncisione post-natale continua a restare l'intervento chirurgico **piú** praticato in America, nonostante che l'operazione sia rischiosa e priva di qualsiasi giustificazione medica. Eseguita su bambini di meno di un anno, causa nel 15 per cento dei casi forti emorragie e nel 2 per cento dei casi delle emorragie ancor **piú** gravi, che a volte rendono necessaria una trasfusione. Una circoncisione neonatale su 6.000 provoca la morte del bambino. In America ogni anno vengono **circoncisi** circa 1.325.000 neonati e circa 230 muoiono a causa dell'operazione. (Si calcola che questa massiccia mutilazione **sessuo-chirurgica** costi ogni anno al "consumatore" circa 54 milioni di dollari.)"

La notorietà di Abramo è invece assai minore per quanto riguarda l'opposta operazione, e cioè il trapianto del prepuzio dai cadaveri sugli esseri umani (nell'aldilà):

Nell'aldilà Abraham siederà all'ingresso del Gehinnon [l'inferno] e non permetterà che ci discenda alcun israelita circonciso. Ma che farà per coloro che hanno peccato oltre misura? Prenderà i prepuzi dei bambini morti prima della circoncisione e li attaccherà a quei peccatori e li farà discendere nel Gehinnon.⁷

Nella concezione del mondo degli ebrei, essere **circoncisi** è il bene supremo, perché significa l'inclusione nella **tribú**; e non essere circoncisi, o non aver fatto **circoncidere** qualcuno, è la punizione peggiore, perché significa l'esclusione dalla **tribú**. (Oltre ad Abramo, anche gli angeli ebrei hanno eseguito trapianti di prepuzi.)"

Tra gli antichi ebrei si praticava effettivamente anche un'altra forma di riparazione alla mutilazione provocata dalla circoncisione, assai **piú realistica**, e per nulla mitica. Questa operazione — una specie di plastica praticata sul pene circonciso — non era rara nella Grecia precristiana, dove gli atleti ebrei si sottoponevano ad essa per partecipare — ovviamente nudi — alle gare negli stadi. Dopo

La chirurgia sessuale

l'avvento del cristianesimo, questa operazione assunse un nuovo significato per gli ebrei che credevano nella divinità di Gesù: li metteva in grado di simbolizzare di nuovo — “facendosi dei prepuzi nuovi” (cioè, ricostituendo l'integrità del pene) — la loro consacrazione a una nuova fede. Forse anche Saul l'aveva presa in considerazione, ma poi scelse la strada meno dolorosa, quella di cambiarsi il nome. In ogni caso, egli dichiarava che questa pratica non era necessaria:

Ciascuno seguiti a vivere secondo lo stato che gli fu assegnato dal Signore, così come si trovava quando Dio lo chiamò. Appunto così io ordino in tutte le Chiese.

Fu uno chiamato quando era già circonciso? Non si tolga i segni della circoncisione.¹⁰

Sebbene i cristiani non si circoncidessero più, il loro atteggiamento verso il pene era decisamente meno tenero di quello che avevano avuto gli ebrei. Ritenendo che il desiderio sessuale fosse di per sé un male, i primi cristiani erano pronti a incoraggiare la loro aspirazione all'ascetismo ricorrendo alla castrazione. Nel Vangelo secondo Matteo, si tessono delle sconcertanti lodi degli uomini che “si sono fatti eunuchi per il regno dei cieli.” (Alcuni studiosi biblici interpretano il termine “eunuco” in modo metaforico: indicherebbe semplicemente rinuncia al matrimonio a favore del celibato.)”

Questo per quanto riguarda gli esempi di chirurgia sessuale nell'antichità. Saltiamo i successivi diciotto secoli — carichi di pratiche come la castrazione, l'infibulazione, la clitoridectomia e l'impiego di cinture di castità — e passiamo ad una rassegna della chirurgia sessuale moderna.

* I temi dell'autocastrazione e della castrazione sono ricomparsi nella psichiatria moderna: se un uomo si taglia il pene, gli psichiatri lo definiscono schizofrenico; ma se riesce a persuadere un chirurgo a tagliarglielo, lo definiscono transessuale.¹²

Durante il diciannovesimo secolo, la malattia sessuale **piú** temuta e **piú diffusa** era la pazzia da masturbazione." Secondo **Henry Maudsley**, che è stato il **piú** eminente psichiatra della sua epoca, la prognosi di questa malattia era senza speranza. "Prima [chi si masturba] raggiunge l'eterno riposo", scriveva nel 1867, "meglio è per il mondo, che non ne vuole **piú** sapere." Poiché Maudsley riteneva incurabile questa malattia, non proponeva nessuna cura per essa. Molti altri medici invece la giudicavano **curabile** con la chirurgia sessuale.

Il passo che segue è tratto da una lettera a un collega scritta da Luther V. **Bell** (1806-1862) il 9 ottobre del 1856. **Bell** era un eminente psichiatra americano e fu uno dei fondatori dell'**Associazione** dei Direttori Medici delle Istituzioni Americane per le Malattie Mentali (ora Associazione Psichiatrica Americana).

Sono stato spesso consultato sul modo di legare il cordone **spermatico**, i **vasa** deferentia o di asportare i testicoli in forme di pazzia legate **alla** spermatorrea. Ho saputo che ciò viene fatto spesso. In un caso, il Dr. ... ha castrato un **onanista** [masturbatore] impenitente che, rinsavito, è poi diventato un uomo attivo. Il dottore mi ha detto che non gli è mai capitato di incontrarlo senza riceverne infiniti, ringraziamenti per il grande favore che gli aveva fatto!

Nella letteratura medica si possono trovare molti casi analoghi. Questo resoconto tratto dal "**Boston Medical and Surgical Journal**" del 1884 è tipico:

Ritenendo che... l'**asportazione** dei testicoli avrebbe eliminato la fonte principale della difficoltà [la masturbazione], ho prescritto la **castrazione**, sicuro che si sarebbe rivelata un successo. Era così infelice, e la vita gli era diventata **cosí** di peso, che egli non solo era disposto a sottoporsi d'operazione, ma mi supplicava di eseguirla, cosa che ho fatto il 29 novembre... Ora ha un aspetto sano, è allegro e felice, cammina per **miglia** con la disinvolture e l'**elasticità** di chiunque altro e, con la prospettiva di una salute buona e di una vita sana, si sta dando da fare per trovarsi un **lavoro**.¹⁶

La cura della masturbazione con mezzi chirurgici raggiunge il suo apice, come è logico aspettarsi, nei casi in

cui il paziente ha "solo" un clitoride. Secondo la scienza medica **ufficiale** del diciannovesimo secolo "per una donna era irrilevante avere degli organi sessuali o non averli". Mentre i medici (di sesso maschile) non riuscivano mai a convincersi del tutto, o a convincere il pubblico, del fatto che il trattamento giusto per la masturbazione maschile fosse l'asportazione del pene, essi erano invece sicuri, e riuscirono a convincere per lo meno alcune donne, del fatto che il trattamento giusto per la masturbazione femminile fosse la clitoridectomia. Il merito di questa scoperta spetta a Isaac **Baker** Brown, un eminente **chirurgo** di Londra, che in seguito divenne presidente **dell'Associazione Medica** di Londra. Fu lui, intorno al 1858, ad introdurre la **clitoridectomia**, perché riteneva che la masturbazione provocasse isteria, epilessia e convulsioni." Una donna che era stata castrata per la "perversione sessuale della masturbazione" scrisse per il suo castratore questo rapporto: "La mia attuale condizione è tutto ciò che potrei desiderare. So e sento di star bene; non penso mai alla masturbazione; per me è una cosa lontana ed estranea."¹⁹

Ancora nel 1900 la masturbazione veniva considerata tale da giustificare questo procedimento operatorio:

Si tira indietro il prepuzio e si inserisce l'indice sinistro **all'interno** fino alla radice del glande, poi si introduce **dall'esterno**, attraverso la pelle e la membrana mucosa, una spilla di sicurezza nichelata, **circa** un pollice oltre la punta del dito sinistro, facendola poi uscire attraverso la pelle e la membrana mucosa, in modo da chiuderla d'esterno. Si fissa nello stesso modo **un'altra** spilla al lato opposto del prepuzio. Con il prepuzio cucito in questo modo, ogni tentativo di erezione provoca una dolorosa trazione sulle spille e la masturbazione viene decisamente impedita. Dopo una settimana **l'ulcerazione** della membrana mucosa può consentire un certo movimento provocando meno dolore; a questo punto, se è necessario, si può introdurre **la** spilla in un altro punto, ma il paziente si sarà già convinto che la masturbazione non è indispensabile **alla** sua esistenza, realizzando così una conquista sia morale sia **materiale**.²⁰

E incredibile con quanta docilità la gente accettasse questi interventi medici, ed è incredibile che si continuino

ad accettare barbarie di questo tipo. Allora, questi imbroglioni sostenevano che la masturbazione era patologica — lo dimostravano torturando chi si masturbava e **definendo** tutto ciò terapia. Ora sostengono che la masturbazione è salutare, e lo dimostrano inventandosi la malattia **dell'insufficienza orgasmica masturbatoria.**"

Poiché la masturbazione era soprattutto una malattia maschile, la violenza della chirurgia anti-masturbatoria si scatenava principalmente sugli uomini. Per le donne bisognava ancora attendere l'avvento di operazioni sessuali **impensabili** in un'epoca in cui la medicina non era ancora sufficientemente progredita. Il **piú** importante di questi interventi — perché era quello **piú** applicato — era l'**asportazione** di entrambe le ovaie sane, definita con l'eponimo di "operazione di Battey", dal nome appunto di Robert **Bat-tey**, il chirurgo americano che l'aveva effettuata nel 1872." Nel corso dei tre decenni successivi, questa operazione venne eseguita su migliaia di donne, sia negli Stati Uniti sia in Europa.

Allora, non meno di adesso, le donne raccontavano ai loro medici di soffrire di un'enorme quantità di dolori fisici, soprattutto nel periodo mestruale. L'operazione di **Bat-tey**, da lui denominata "ovariotomia normale" (rivelando con ciò tutto il candore di un'epoca della medicina in cui la **ciarlataneria** terapeutica non aveva ancora bisogno di **nascondersi** dietro eufemismi medici), era stata introdotta come cura delle malattie ritenute responsabili dei cosiddetti "dolori della donna". Siccome in realtà questa operazione curava delle malattie mitologiche (cioè inesistenti) — quali la neurosi pelvica, l'ooforomania e l'epilessia ovarica*" — il suo successo era garantito e diventò ben presto di moda. **Al** punto che i medici che esitavano a prescrivere o a eseguire quest'operazione nei casi in cui la si riteneva ne-

* Negli anni Ottanta del secolo scorso queste diagnosi erano riconosciute (come denominazioni di malattie effettive) dalla professione medica e dalla gente, esattamente come oggi sono accettate le diagnosi di **anorgasmia** e di **schizofrenia**.

cessaria erano **tacciati** di "mancanza di umanità" e venivano persino accusati di negligenza criminale verso i loro **pazienti**. A causa della natura oscura della malattia di cui avrebbe dovuto rappresentare il rimedio, l'asportazione di entrambe le ovaie sane (che provocava una menopausa indotta con metodi chirurgici) venne ben presto considerata un'autentica panacea: un fatto che alla luce dei vantaggi ad essa attribuiti da Battey non desta certo sorpresa.

Battey è il primo uomo nella storia della medicina che abbia cercato di provocare deliberatamente, con un **intervento** chirurgico, la menopausa come terapia. Il suo ragionamento era questo: "Intervenendo sul grande sconvolgimento nervoso che in genere accompagna il **climate-rio**, ho cercato di sradicare e di eliminare dei seri disordini sessuali e di ristabilire un generale stato di salute." Ma Battey non ha mai limitato le indicazioni della sua operazione ai "disordini sessuali" (quale che fosse il significato di questo termine per lui e per i suoi contemporanei). Fin **dall'inizio** egli sostenne l'ovariectomia bilaterale anche sulle donne giovani — l'età media delle pazienti operate era di trent'anni — per "qualsiasi malattia grave che comporti pericolo per la vita o per la salute e la felicità, e che non si può curare con mezzi meno radicali". Ciò lasciava sicuramente molto spazio per giustificare questa operazione. Nel 1877, solo cinque anni dopo l'introduzione di questo intervento, Battey **ridefinì** le indicazioni per esso, aggiungendovi esplicitamente i "casi di pazzia o di epilessia provocati da malattia delle ovaie o dell'utero". In seguito, ne **ridefinì** ulteriormente le indicazioni, aggiungendo malattie fittizie, quali "l'ooforomania, l'ooforo-epilessia e l'**ooforalgia**".

Negli anni '80 dell'Ottocento l'operazione di Battey veniva ormai accettata da tutti come cura della neuralgia ovarica, della dismenorrea acuta (cioè delle mestruazioni dolorose), dell'epilessia, della ninfomania e della pazzia. James Marion Sims (1813-1883), il padre della chirurgia ginecologica americana, era un sostenitore di questo trattamento, il cui

tasso di mortalità andava dal 20 al 30 per cento dei casi. Per di più, molte dichiarazioni di pazienti riconoscenti comprovavano l'efficacia della terapia e la correttezza della teoria che la sorreggeva. Nel 1896, una paziente scriveva al suo medico: "Prima ero disperata, tanto da volermi togliere la vita per porre fine alle mie sofferenze... Ora sono di nuovo una ragazza sana, felice e allegra, e non mi sento più assolutamente la persona di prima."²⁸

Probabilmente la tesi che l'ovariectomia bilaterale fosse una cura per la pazzia è stata una delle ragioni della reazione che si sviluppò alla fine contro questa operazione. Al **Pennsylvania State Hospital** di Norristown era stato istituito un intero reparto per le donne che si sottoponevano a questa cura. Ma l'istero-epilessia era una cosa, la pazzia istituzionalizzata un'altra, del tutto differente. "I **ginecologi**", sosteneva un **avversario** dell'operazione di **Bat-
tey**, "non riusciranno mai a svuotare i manicomi." In ogni caso, non si può dire che non ci abbiano provato, anche se dovevano "sacrificare" — alla maggior gloria di Dio e alle mitologiche malattie di una professione medica impegnata a costruire il suo impero — decine di migliaia di ovaie sane.

Anche se sembra che ora i dottori siano ansiosi di mettere la gente in grado di avere un'attività sessuale normale, senza badare a come e con chi, fino a non molto tempo fa erano altrettanto ansiosi di impedire a chi manifestasse interessi erotici "perversi" la soddisfazione dei suoi appetiti sessuali. Operazioni sessuali preventive di questo tipo — sugli omosessuali* o sugli uomini a cui piaceva ve-

- * Fino a non molto tempo fa, la convinzione che l'omosessualità fosse una **malattia** era un dogma medico. Molti medici, e soprattutto psichiatri, la pensano ancora in questo modo. Le **concezioni** di **Karl Menninger** sono da questo punto di vista significative. Ancora nel 1963 egli scrive: "Non possiamo esaltare l'omosessualità come fa Gide. Non possiamo perdonarla, come **fanno** altri. Noi la **consideriamo** un **sintomo**..."³⁰ Il fatto che per la psichiatria americana l'omosessualità continui a **costituire** una malattia e che il passaggio da un comportamento omosessuale ad uno **eterosessuale** avvenga **attraverso** una cura è comprovato dal capitolo dedicato a questo argomento nell'ultima edizione (1974) dell'autorevole **American Hand-
book of Psychiatry**. In **esso**, **Charles Socarides**, il principale sostenitore **psicoanalitico** della **classificazione** degli omosessuali tra i malati, parla delle attività omosessuali co-

stirsi da donna (denominati travestiti)* — erano molto **diffuse** sia prima sia dopo la seconda guerra mondiale (soprattutto nei paesi scandinavi). Questo ne è un classico esempio:

Il paziente era considerato un omosessuale **dalla** nascita... La sua attività omosessuale era decisamente **piú** pronunciata durante le fasi attive della malattia [paranoia]... Castrato **all'età** di 46 anni... La sua reazione **fisica** all'operazione era perfettamente rispondente al suo atteggiamento paranoide: il dottore lo ha reso **inattivo**.³³

Il resoconto che segue, relativo al trattamento chirurgico di un travestito, è un esempio del complicato rapporto che spesso si instaura in questi casi tra medico e paziente:

Il [paziente era] uno studente di medicina, divenuto in seguito un medico, ed era un travestito. Fino **all'età** di cinque anni si era vestito da bambina. In seguito aveva mantenuto un'inclinazione per gli abiti **femminili**: indossava corsetti, calze di seta e scarpe con tacchi alti. Si masturbava ogni giorno fin **dall'età** di cinque anni, alla fine a un ritmo di 5-8 volte al giorno... Incapace di concentrarsi nello studio, "dormiva o si masturbava" soltanto. **Castrazione** su sua richiesta **all'età** di 23 **anni**. Due giorni **dopo**, erezione spontanea. Sei giorni dopo — lo stesso giorno in cui fu dimesso **dall'ospedale** — coito con orgasmo ed **iaculazione** per la prima volta. Potente fino a 4 mesi dalla castrazione, poi impotente... Nella speranza di cambiar sesso si fece trapiantare un'ovaia 11 mesi **dopo** la castrazione. Si impiegò come governante e chiese al chirurgo di asportargli il pene. Il chirurgo eseguì... un'operazione plastica con la quale il pene fu nascosto nel **perineo**. Ciò avvenne un anno dopo la **castrazione**. Due mesi dopo il paziente... **avvertí** gli impulsi sessuali di un uomo. Intimità con **una** studentessa di sesso femminile. **Quattro** mesi dopo l'operazione plastica, gli fu rimesso il pene nella sua posizione naturale. Erezione ogni notte. Ebbe nuovamente dei **coiti** e conservò la potenza. Superati gli esami finali, cinque anni dopo scrisse che andava tutto bene: era diventato un **patologo**.³⁴

me di "una fissazione che può essere accostata agli effetti degli alcaloidi oppiacei".³¹ L'inflessibile avversione degli psichiatri e degli psicoanalisti nei confronti degli omosessuali è secondo me sottovalutata, soprattutto dalle organizzazioni di omosessuali e dai loro dirigenti.

• Anche il futuro di questa malattia *P* assai squallido. Oggi la biancheria intima femminile per uomini si vende moltissimo in uno dei piú famosi grandi magazzini di Londra: "Nel reparto per uomini di Marks and Spencer ci sono montagne di mutande da donna lunghe, presentate come calzoncini acrilici, in una sconcertante gamma di forme..."³²

Nel corso dell'ultimo decennio, lo scenario psichiatrico dell'"**inversione sessuale**" ha subito anch'esso un ribaltamento. Nel 1973, l'Associazione Psichiatrica Americana ha cancellato l'"**omosessualità in quanto tale**" dalla lista ufficiale delle malattie mentali." Però l'omosessualità continua ad essere trattata come una malattia quando la persona interessata non è soddisfatta della sua condizione."

Anche se l'impotenza psicogenica presenta impressionanti analogie con la mancanza di appetito per la carne di maiale da parte degli ebrei praticanti, il primo di questi fenomeni è generalmente considerato una malattia, mentre il secondo non lo è mai. Definire malattia un comportamento indesiderato è un fatto di un'importanza cruciale: è il primo gradino che conduce all'**accettazione** dei piú svariati interventi — dalle terapie psicologiche alle protesi del pene — come veri e propri trattamenti. Le moderne terapie chirurgiche dell'**impotenza** sono in stridente contrasto — ma, in realtà, ne sono le immagini **speculari** — con alcune cure di un tempo. Una volta, i medici cercavano di rendere gli uomini sessualmente potenti incapaci di svolgere questa attività: il caso tipico è la castrazione; ora invece essi cercano di mettere gli uomini sessualmente impotenti in grado di svolgerla: il caso tipico è l'introduzione di una protesi sessuale. Questo congegno può essere rigido o gonfiabile. La prima di queste tecniche consiste nell'inserimento nei tessuti spugnosi del pene di una o due **barrette** di silicone semirigide. Ciò provoca un'erezione permanente, che il paziente può nascondere con una **fascetta** o con degli slip stretti: una cura ben strana, se **cosí** si può **definire**; ma sembra che piaccia a molti medici e a molti pazienti.

Frank Gerow, un chirurgo plastico della Baylor University, insiste sul fatto che per il chirurgo la causa della

* Anche se la mancanza di soddisfazione nei rapporti eterosessuali non viene piú considerata una malattia, l'idea che l'insoddisfazione di una persona per le proprie attitudini sessuali costituisca una malattia è un concetto incontestabile della psichiatria e della sessuologia. L'insoddisfazione per il proprio sesso (anatomicamente e cromosomicamente determinato), definita transessualismo, ne costituisce un esempio. Se ne parla nelle pp. 93 sgg.

impotenza non ha alcuna importanza. "Il chirurgo", afferma, "è soltanto un tecnico che inserisce la protesi [del pene], in modo che il paziente possa usare il suo pene per espletare la funzione del coito... Quello che il paziente impotente dice quando viene da me è: 'Mi lasci pure la mia psiconevrosi; ma curi la mia impotenza.' La protesi serve proprio a questo.¹¹³⁶

Si tratta di una tesi curiosa, dal momento che questo rigido inserimento nel pene determina un'erezione permanente, una specie di priapismo meccanico. (Il priapismo è un'erezione costante del pene provocata non dal desiderio sessuale ma da **malattia**.) Il risultato è una vera e propria "godemizzazione" del pene, dato che l'organo genitale maschile si trasforma da parte del corpo viva ed emotivamente **eretiva** in un apparecchio meccanico.

Oltre d'inserimento di questa protesi nel pene, con i suoi ovi inconvenienti, i chirurghi ne hanno realizzata un'altra detta protesi del pene gonfiabile. Essa consta di due cilindri gonfiabili come un palloncino, che il chirurgo inserisce nel corpo cavernoso (il tessuto spugnoso del **pene** che si riempie di sangue durante l'erezione normale). Questi cilindri sono collegati per mezzo di un tubo ad un piccolo serbatoio inserito dietro la parete addominale, e ad una pompa inserita nello scroto. Per provocare l'erezione del pene, l'uomo schiaccia la pompa, spingendo nei cilindri un fluido che irrigidisce il pene. Per invertire il processo, c'è una valvola di sfogo.

F. Brantley **Scott**, docente di urologia al **College** di Medicina della **Baylor** University, uno degli inventori di questo apparecchio, ne consiglia l'impiego non solo per l'impotenza organica, ma anche per quella psicogenica. "Non vedo obiezioni valide", afferma, "contro il trattamento chirurgico dell'impotenza causata da mancata erezione psicogenica... Ho preso atto del fatto che negli esseri umani l'erezione è un processo idraulico, per cui abbiamo messo a punto la prima protesi idraulica per la cura **dell'impotenza** dovuta a mancata erezione." Egli ha già eseguito **per-**

sonalmente circa 250 inserimenti di questa protesi gonfiabile e, secondo lo stesso Scott, sono già circa **1.500** i pazienti che si sono fatti applicare una protesi idraulica.³⁷

È facile capire perché questa trovata chirurgica piaccia tanto ai medici: oltre ad alimentare la loro megalomania terapeutica, riempie loro anche le tasche. Questo pene gonfiabile costa, con l'installazione, 9.000 dollari, mentre il pene di **barrette** di silicone, installazione compresa, costa soltanto **3.500** dollari."

Ma **piú** difficile è capire perché questo membro maschile meccanico piaccia anche ai pazienti; eppure piace. I medici che eseguono quest'operazione sostengono che "gli uomini che hanno subito questo intervento sono tra i loro pazienti **piú soddisfatti**".⁴⁰ Può darsi che a questi uomini faccia **piacere** ingannare anche se stessi. Oppure vogliono ingannare le loro mogli o le donne in genere. Alcuni ricercatori hanno scoperto che ci sono degli uomini con la protesi del pene che non hanno nemmeno raccontato alle proprie mogli di aver subito questo intervento e che preferiscono utilizzare questa loro ritrovata potenza sessuale con altre **partners**. Da tempo è noto che i frutti proibiti hanno un gusto migliore. Ma ora probabilmente dobbiamo anche aggiungere che forse (soprattutto nella sfera dell'erotismo **umano**) anche i frutti contraffatti lo hanno. Il sospetto che l'inganno giochi un ruolo importante sugli effetti **terapeutici** di queste operazioni trova ulteriore conferma nelle affermazioni di uno dei **piú** accesi fautori di questa protesi del pene. Frank Gerow, riferendosi a quanto bisogna dire alla partner sessuale di un uomo che abbia subito questo intervento, afferma "che le donne non dovrebbero sapere troppe cose su quello che è stato fatto. Questa è un'**operazione sull'uomo**, per risolvere un problema dell'uomo".⁴¹ Ipse *dixit*.

Quasi consapevoli delle carenze **insite** nelle protesi del pene, i chirurghi hanno anche inventato un'operazione di genere completamente differente per la cura **dell'impotenza**: un'operazione che mira a riportare l'organo al suo

funzionamento normale. Ricalcata sul modello del bypass delle coronarie, quest'intervento si chiama bypass chirurgico del pene e, proprio come l'operazione originaria mira ad accrescere l'**afflusso** di sangue al cuore, **così** questa cerca di accrescere l'afflusso di sangue al pene del paziente. Questo intervento si fonda sul presupposto che l'impotenza possa essere provocata da un'**insufficiente** circolazione sanguigna nel pene: una situazione che alcuni medici ritengono molto **piú** frequente di quanto generalmente si creda. Il Dr. Adrian Zorngiotti, docente di clinica urologica **all'Università** di New York, sostiene che "I disturbi vascolari che colpiscono il cuore, il cervello e i reni sono anche responsabili, come si è ora scoperto, di non meno **dell'80%** dei casi di impotenza organica".

Il bypass chirurgico del pene, questo trattamento che ora **alcuni** urologi consigliano contro l'impotenza, è un'operazione incerta e pericolosa, e i suoi risultati pratici sono assai dubbi. Ma anche qui, l'accettazione **ufficiale** di questa, come di altre tecniche chirurgiche per la cura **dell'impotenza**, solleva alcuni problemi di ordine pratico. La Blue Shield, che è una società di assicurazioni sulla salute privata, e il Servizio Sanitario Nazionale (se da noi esistesse una cosa del genere) dovrebbero pagare per interventi di questo genere? E in caso **affermativo**, a che età della vita si dovrebbero interrompere queste sovvenzioni? Oppure mai?*

L'ultima scoperta dei sessuologi in fatto di malattia è il transessualismo: una situazione che sembra cucita su misura per la nostra epoca chirurgico-tecnologica." Questa diagnosi si fonda sul desiderio del singolo di cambiare la propria identità sessuale, peraltro definita dai cromosomi: cioè, il transessualismo è quella "situazione" che giustifica l'amputazione del normale organo sessuale di un uomo, per costruire, con un'operazione di chirurgia plastica, delle **imi-**

* Se dobbiamo credere al racconto della rivista, "Time" "Negli Stati Uniti l'1 per cento degli uomini in età tra i 19 e gli 80 e più anni ha già subito degli **inserimenti nel pene**".⁴³

tazioni di organi sessuali di sesso opposto a quello **dell'interessato**. **Oggi** queste operazioni vengono ormai accettate — sia dal punto di vista legale sia medico — come cure mediche **legittime**.⁴⁵

La tecnica chirurgica di queste operazioni, che consistono nel trasformare degli uomini in false donne, o delle donne in falsi uomini, è enormemente complicata." Basti qui citare un breve passo di una descrizione dell'operazione per trasformare un uomo in donna (che viene eseguita quattro volte **piú** di frequente dell'operazione inversa):

A questo punto si costruisce una sacca perineale per il canale **neovaginale**, tagliando il **perineo** sotto la **prostata** e l'uretra e davanti al retto. Si rovescia la **pelle** del pene come quando si rovescia una calza e la si infila nella sacca perineale... Si accorcia l'uretra e la si innesta in una posizione **piú** naturale, in cima **all'orifizio** vaginale... Noi riteniamo che questa operazione crei degli organi genitali esterni ed una vagina effettiva e funzionale. In una terza fase, con un **intervento** meno complesso, siamo riusciti con alcuni pazienti a utilizzare i tessuti sovrabbondanti per costruire anche un **clitoride**.⁴⁷

Ma su che base questi "transessisti" — cioè gli psicologi, gli psichiatri, gli endocrinologi e i chirurghi che si dedicano al compito, peraltro remunerativo, di riconoscere la transessualità di determinate persone e di trasformarle in fac-simili del sesso opposto — possono decidere quali sono i soggetti su cui eseguire le loro operazioni? Anche se, soprattutto all'estero, sembra che alcuni chirurghi operino chiunque ne faccia richiesta, purché sia in grado di pagare l'onorario, i "rispettabili" medici americani sono molto orgogliosi delle loro procedure selettive per individuare le persone da sottoporre a queste operazioni. Queste procedure sono di due tipi, entrambi molto eloquenti. **Innanzitutto**, l'aspirante transessuale di sesso maschile deve poter dimostrare di essere in grado di sembrare una donna: cioè di avere la capacità di assumere lo stereotipo sociale di un ruolo femminile. Poi, l'aspirante deve superare un'enorme quantità di test psicologici e psichiatrici: apparentemente per dimostrare di non essere uno psicotico o una psicotica,

e di poter trarre vantaggio da questa terapia. Il primo di questi criteri è rozzamente **sessista** (cioè **antifemminista**).⁴ Il secondo, invece, come dimostra il caso che qui riportiamo, è una vera e propria impostura:

La paziente, una **transessuale** di trent'anni che voleva diventare un uomo... è stata trasformata, in modo da sembrarlo esteriormente, con diverse operazioni avvenute tra il 1970 e il 1972. Nell'aprile del 1972, la paziente era già stata sottoposta a mastectomia, **isterectomia**, ovariectomia bilaterale [ablazione delle ovaie] e **falloplastica** [costruzione di un "pene"]. Prima di queste operazioni, la paziente era stata esaminata, come aspirante al cambiamento di sesso, da un'équipe formata da un **endocrinologo**, un urologo, un ginecologo, uno psicologo, uno psichiatra e un assistente **sociale**, e le era stata fornita un'ampia informazione medica... [segue una sintesi della storia della paziente].

Dopo l'intervento chirurgico [**transessuale**] la paziente ha cominciato a reinserirsi **nella** società come uomo. Si è iscritto a un college, ha trovato un lavoro **part-time** ed ha cominciato a incontrarsi con delle donne eterosessuali che non sapevano nulla del suo passato. Tutti questi rapporti sono cessati perché il paziente non era in grado di effettuare una penetrazione con il suo **fallo** costruito chirurgicamente, e anche perché raccontava di essere stato una donna. L'impossibilità di avere dei rapporti completi con delle donne cominciò a creare nel paziente un senso sempre **più** profondo di depressione e di disperazione. Questo accadeva nonostante che verosimilmente avesse capito già prima dell'intervento chirurgico che non avrebbe mai ottenuto un'erezione e portato a termine una penetrazione. [Nel 1976 il paziente tentò per la terza volta il suicidio, senza riuscirci]... La trasformazione chirurgica da femmina in maschio era stata effettuata nel tentativo di ridurre i rischi di suicidio, che si ritenevano strettamente legati alla disforia generale del paziente?

Per molto tempo gli psichiatri avevano risposto alle persone che minacciavano di uccidersi con punizioni o premi: per esempio, le ospedalizzavano, le sottoponevano ad elettroshock, le riempivano coercitivamente di farmaci, oppure consentivano loro degli aborti terapeutici (che invece negavano alle donne che lo chiedevano apertamente, senza il ricatto del suicidio). Dopo la scoperta del **transessualismo**, gli psichiatri hanno allargato il ricorso al "rischio di suicidio" [cioè alla minaccia di suicidio], facendone uno dei criteri in base ai quali consentire il cambiamento di sesso del paziente come mezzo per salvargli la vita.

La gente ora vuole sapere se la chirurgia per cambiare sesso è di aiuto al transessuale. Se funziona. Ma domande di questo genere, anche se sembrano ragionevoli, sono fuorvianti. È la stessa cosa che chiedersi se la castrazione era di aiuto a chi praticava la masturbazione. Se funzionava. La difficoltà con le cure psichiatriche, come ho già rilevato alcuni anni fa, sta nel fatto che funzionano tutte, e non ne funziona nessuna.* Però, i terapisti sono piú propensi ad agire che a pensare: preferiscono sostenere o negare che determinate cure funzionino piuttosto che riflettere su quello che fanno con i loro pazienti. Così, invece di analizzare la natura del transessualismo, ora i sessuologi sono fermamente schierati pro o contro le operazioni per il cambiamento di sesso.

La polemica sulla chirurgia transessuale è esplosa apertamente nell'agosto del 1979, quando il John Hopkins Hospital, un istituto d'avanguardia nelle operazioni per cambiare sesso, annunciò di "aver interrotto questi interventi chirurgici perché un'inchiesta aveva appurato che nella vita dei pazienti non era intervenuto alcun miglioramento". La ricerca a cui si riferiva questa dichiarazione, pubblicata piú o meno nello stesso periodo, era un'indagine di John K. Meyer, il direttore psichiatrico del consultorio sessuale del John Hopkins. Dopo aver passato in rassegna i risultati della chirurgia transessuale del suo ospedale, Meyer era arrivato alla conclusione che la chirurgia "non rappresenta una cura per un problema che è essenzialmente psichiatrico". Ma per arrivare a una conclusione del genere, non c'era bisogno di alcuna indagine. Sostenere che la chirurgia non rappresenta una cura per i disturbi psichiatrici è quella che i filosofi definiscono una verità analitica: cioè una verità insita nel significato stesso dei termini usati. Dopo aver ingannato la gente presentando la chirurgia transessuale come una terapia, i sessuologi ora continuano a ingannarla, sostenendo che questa chirurgia non è abbastanza terapeutica. Ma il transessualismo non è una malattia; e le operazioni chirurgiche che creano dei

falsi maschi e delle false femmine non sono delle **cure**; infine ci sono transessuali contenti di sottoporsi a questo **tipo di operazione** e altri che non lo sono.

I fautori delle operazioni per cambiare sesso, **ovvia-**mente, non hanno alcuna difficoltà nel rispondere alle critiche di persone come Meyer, che vedono nel **transessualismo** una vera e propria malattia e che sono contrari agli interventi chirurgici solo perché non sono abbastanza efficaci. In effetti, questa loro difesa ha due punti di forza: il punto di vista tecnico, e il punto di vista teorico. Gli esperti sostengono che le loro tecniche operatorie sono molto migliori di quanto lo fossero in passato, facendo riferimento a ricerche compiute sulle operazioni di un tempo, prive di qualsiasi valore scientifico. I teorici sostengono, o piuttosto ribadiscono, la loro motivazione preferita a sostegno della chirurgia sessuale (o di qualsiasi altro tipo di intervento), e cioè, che con essa si "salvano delle vite".

Le argomentazioni di ordine tecnico delle operazioni per cambiare sesso sono esemplificate in queste osservazioni di David Forester, presidente dell'Oklahoma Gender Identity Foundation e pioniere delle moderne tecniche chirurgiche transessuali: "Molti casi analizzati in questa ricerca [quella di Meyer] sono vecchi, e risalgono al **perio-**do in cui le tecniche erano ancora rudimentali. Se si riesce a dare ad un transessuale maschio che vuole diventare femmina una piccola vagina con cui poter avere dei rapporti sessuali e dei genitali esterni che assomigliano alla carne esposta in macelleria è ovvio che la cosa torna a suo **favo-**re."⁵³ Come i raggi X permettono a un chirurgo di guardare il corpo di un paziente dietro alla sua pelle, **così** il linguaggio del chirurgo transessista ci consente di gettare uno sguardo dietro alle sue "tecniche", per vedergli direttamente l'anima, in modo da ottenere delle informazioni che prima ignoravamo a nostro rischio e pericolo.

La tesi secondo cui un determinato intervento sarebbe terapeutico perché salva delle vite — impedendo ai pazienti di suicidarsi — è uno stratagemma retorico molto caro agli

psichiatri moderni. Harry Benjamin — che ha individuato questa malattia e che è quindi il "padre riconosciuto del transessualismo" — rispondendo alle critiche di Meyer sostiene questa tesi: "Questi trattamenti [l'insulina per i **diabetici** e il cambiamento di sesso per i transessuali] non fanno altro che garantire la vita del paziente. Altrimenti molte di queste persone finirebbero col suicidarsi. A mio parere non c'è alcun dubbio che il cambiamento di sesso mediante chirurgia possa salvare delle vite e spesso questo avviene."⁵⁴ Ma questa analogia tra il diabetico e il **transessuale** è falsa, per non dire altro. Se si toglie l'insulina al diabetico, questi muore di malattia, non per omicidio. Invece il transessuale non muore a causa della sua malattia. Il "**transessuale**", come chiunque altro, può uccidersi per disperazione: o, come chiunque altro, può minacciare il suicidio per estorcere quello che vuole alla sua famiglia, ai suoi amici o ai medici. Nondimeno, Benjamin sostiene che per i transessuali "il cambiamento di sesso mediante chirurgia può salvare delle vite" e che esso deve venir considerato una vera e propria cura.*

L'idea che gli esseri umani — soprattutto le donne — siano delle macchine sessuali imperfette, le cui prestazioni possono e debbono venir perfezionate dai chirurghi, continua ad esercitare il suo fascino sull'immaginazione medica. A proposito di come dovrebbe essere fatta anatomicamente la donna, ci troviamo di fronte allo stesso rovesciamento del punto di vista di un secolo fa che abbiamo in-

* Adottando un tale modo di ragionare (**se** così possiamo chiamarlo) qualsiasi cosa non piaccia a una determinata persona potrebbe venir definita come una malattia e la sua alterazione apparentemente medica accettata come da sottoporre a un trattamento. Probabilmente re **Edipo** non era un vero eroe tragico, ma solo un paziente affetto da "transvisualismo", che **aveva** cercato di guarire cavandosi gli **occhi**. Certa gente (definita psicotica) è tormentata dal fatto di avere degli occhi che "vedono troppo" e cerca di **accecarsi**. **Se** una persona del genere minacciasse il suicidio o qualora il suo medico non le asportasse gli occhi, questo suo accecamento sarebbe un sistema per salvarle la vita, in grado di trasformare il transvisualismo in una malattia riconosciuta? O per fare un esempio meno paradossale, immaginiamo che una persona anziana minacci il suicidio se un chirurgo plastico non la fa **sembrare più giovane**. Ciò farebbe del suo stato una malattia (che potremmo chiamare "**transcronologico**")? E la chirurgia cosmetica che fa sembrare **più giovani gli** anziani diventerebbe un **mezzo** per salvare la vita?

contrato a proposito della masturbazione. Allora, la donna normale era un essere asessuato; e ciò giustificava l'idea che il clitoride, che è una delle sedi della sensibilità sessuale, fosse un'anomalia di cui la clitoridectomia rappresentava la cura. Ora la donna normale è diventata un essere **S** limitatamente sessuale e questa idea giustifica la convinzione che il clitoride, sede della sensibilità sessuale, debba venir utilizzato ancor **piú** di quanto abbia stabilito la natura; per cui gli interventi chirurgici che "rendono pii accessibile il clitoride" al pene sono diventati una terapia:

[Un] ginecologo dell'Ohio sostiene che milioni di **donne** americane sono delle candidate ideali per un'operazione chirurgica di „ricostruzione **vaginale** inventata per risvegliare e arricchire la loro vita sessuale. Il Dr. James C. Burt, di 56 ani, di Dayton esibisce la moglie Joan, una splendida bionda di 30 anni, come prova vivente della sua tesi secondo cui la **ricostruzione** della vagina per rendere il clitoride pii accessibile **alla** **stimolazione** diretta del pene permette alla donna di avere degli orgasmi pii frequenti e pii intensi. Mentre prima la signora Burt aveva solo degli "orgasmi **vaginali** saltuari", ora essa parla dell'operazione come di un grande successo. Nel corso degli ultimi 12 anni, il Dr. Burt ha eseguito questa operazione... su **circa** 4.000 donne... in tutte le fasi del loro sviluppo. Secondo lui, la candidata ideale per il suo intervento è una donna eterosessuale che raggiunge rapidamente il climax con la stimolazione clitoridea, ma che non raggiunge mai o quasi mai l'orgasmo durante il **coito** — e che, anche quando lo raggiunge, lo fa con scarsa intensità — e che invece desidera **averlo**.⁵⁵

Nel frattempo, nelle regioni meno “sviluppate” del mondo, gli attacchi del maschio contro i genitali **della** donna proseguono con mezzi pii tradizionali. Le mutilazioni di cui si parla qui, ancora **diffuse** in molti paesi del Terzo Mondo, rendono ridicole le compiaciute dichiarazioni degli uomini politici americani sui diritti umani:

La clitoridectomia viene praticata nello Yemen, **nell'Arabia** Saudita, in Etiopia, nel Sudan, in Egitto, in Iraq, in Giordania, in Siria, nella Costa d'Avorio, tra i **Dogon** del Niger, i Mandingo del Mali, i **Tuculeu** del Senegal settentrionale e i **Peul**, e in molte altre **tribú** africane... In altri paesi... le **donne** devono anche venir **ricucite**... Dopo aver tagliato, senza ricorrere ad anestetici, una parte delle grandi labbra, queste ven-

gono accostate trapassandole con degli spilli. In questo modo crescono attaccate, lasciando solo uno stretto passaggio per il sangue e per l'urina. La sposa, prima della prima notte di matrimonio, deve farsi riaprire la vulva con un rasoio. Per di piú, il marito può far ricucire la moglie in ogni momento, tutte le volte che conta di allontanarsi per un certo periodo."

Trasferite nel contesto della chirurgia sessuale moderna (e di altre pratiche mediche) dell'Occidente, queste mutilazioni mettono in evidenza nel modo piú crudo l'intensità con cui gli uomini e le donne moderni continuano ad avere paura di aderire, in modo definitivo e responsabile, alla tesi secondo cui i diritti umani cominciano proprio con il diritto di disporre di se stessi.

Che posizione dovrebbe assumere lo stato nei confronti della chirurgia sessuale? Ci sono degli interventi chirurgici che lo stato dovrebbe autorizzare ed altri che invece dovrebbe vietare? E se la risposta è affermativa, in base a quali criteri morali, politici o scientifici dovrebbero venir prese queste decisioni? Sono domande difficili, che vanno al cuore delle concezioni politiche della nostra epoca.

In generale, la nostra posizione su questi problemi varia a seconda che noi siamo favorevoli a una società di tipo autoritario/paternalistico oppure libertario/individualistico. La posizione autoritaria/paternalistica minimizza i problemi sollevati da queste domande, perché ci induce a giustificare l'autorizzazione di determinati interventi e la proibizione di altri in base al fatto che in questo modo si difendono l'integrità e il benessere collettivi e l'etica che predomina nella collettività. La posizione libertaria/individualistica non ci consente questa scappatoia. Essa ci costringe invece ad affrontare questo problema affermando che a meno che l'intervento di chirurgia sessuale in questione contempra il ricorso alla forza o all'inganno, la legge non deve occuparsene. E se esso contempla il ricorso alla forza o all'inganno, quello che giustifica, ed anzi impone, la

difesa dell'individuo da parte della legge è proprio questo **aspetto** del rapporto e non il carattere **dell'operazione** **chirurgica**.

Così come quel che giova a uno è dannoso a un altro, **la** mutilazione di uno diventa fonte di prestigio, culto **religioso** o cura medica per un altro. Io ritengo, e penso anche molti dei miei lettori, che la circoncisione rituale o consuetudinaria, la clitoridectomia e le operazioni per cambiare sesso, e molte altre operazioni descritte in questo capitolo, non siano altro che delle mutilazioni. **Ovviamente**, ci sarà chi non concorda con questo giudizio. Perché mai dovremmo imporgli le nostre opinioni, o dovremmo farci imporre le sue?

La storia della medicina è piena di mutilazioni che sono state accettate, o che vengono accettate ancora oggi, perché sono considerate delle cure: il **salasso**, le **episiotomie** ostetriche, la lobotomia frontale e il **bypass ileale** (contro l'obesità) ne sono solo alcuni esempi. In ultima analisi, la definizione di che cosa sia e che cosa non sia una cura medica è opera degli individui o delle istituzioni. Indipendentemente da chi essi siano — pazienti, famiglie, medici, la corporazione medica, lo stato — ciascuno o ciascuna avrà le proprie ragioni per includere certe cose tra le cure e per escluderne altre. E dato che nelle motivazioni di questa classificazione i cosiddetti fatti, la ragione, o la scienza, giocano soltanto un ruolo secondario, sarebbe meglio riconoscerlo, accettare il carattere quasi teologico della medicina, intesa come attività umana, e costruire un muro tra la medicina e lo stato, insormontabile soprattutto alle lusinghe retoriche o per le tentazioni economiche che ciascuno può provare o mettere in atto nei confronti degli altri.⁵⁷

L'educazione sessuale

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

La religione come educazione sessuale

Come molti dei nostri clichés piú cari, anche l'espressione "educazione sessuale" è imprecisa in misura sconcertante e inutilmente provocatoria. L'educazione sessuale (soprattutto per i bambini) è insegnamento dell'anatomia, della genetica e della riproduzione, oppure è indottrinamento su determinate opinioni circa le pratiche erotiche, la gravidanza nell'adolescenza e l'esplosione demografica? È biologia o ideologia? È scienza o religione?

È chiaro che solo gli aspetti puramente biologici della sessualità sono problemi scientifici. E che la biologia è sempre stata insegnata, e deve essere insegnata, a scuola. Ma è una componente irrisoria dell'educazione sessuale, che riguarda invece il comportamento sessuale dell'uomo.

Poiché il comportamento umano rispecchia l'operato di determinati fattori morali, tutti i comportamenti sono, almeno in parte, un fatto etico. Il comportamento sessuale è un fatto etico per eccellenza. Per questo, da tempo immemorabile, le persone che intendevano impartire un insegnamento sul sesso non avevano che due possibilità: accettare e sostenere le usanze sessuali tradizionali del gruppo, oppure studiare e far proprie delle pratiche e dei principi sessuali in contrasto con queste usanze. Non esiste niente che possa essere definito un'educazione sessuale avalutativa. E non può esistere.

Ci sono oggi molte persone che credono che l'educazione sessuale, così come la televisione o gli antibiotici, sia

un'invenzione della scienza moderna. Ma è una convinzione ingenua. L'educazione sessuale è vecchia come il genere umano. Tutte le religioni si occupano intensamente della regolamentazione del comportamento sessuale. E per collocare l'educazione sessuale moderna in un giusto contesto storico, occorre gettare uno sguardo sui principali insegnamenti sessuali dell'antica religione ebraica e del cristianesimo primitivo."

L'atteggiamento degli ebrei nei confronti della sessualità non può essere separato dal loro atteggiamento nei confronti del matrimonio e della procreazione. Nella religione ebraica, il matrimonio non è una scelta personale; è un dovere religioso. Per esempio, un testo talmudico del quinto secolo prescrive che, "se [un vedovo] ha dei figli, può evitare di procreare ancora, ma deve sposarsi di nuovo".¹ In ogni caso, la procreazione è ancora piú sacra del matrimonio. Se, per esempio, una donna non ha avuto dei figli dopo dieci anni di matrimonio, la legge ebraica prescrive al marito di divorziare e di sposare un'altra donna.² (Ma la poligamia non è stata mai molto praticata dagli ebrei.) I testi ebraici si dividono sulla questione di quanti figli debba avere un uomo; ma la responsabilità dei figli è solo dell'uomo. Mentre alcuni rabbini ritengono lecito praticare il controllo delle nascite dopo aver avuto un figlio e una figlia, su questa tesi non c'è un accordo generale. Per esempio, Mosè Maimonide (1135-1204) riteneva che "Anche se un uomo ha adempiuto al Mitzvah [il dovere religioso], il rabbino gli impone di non cessare di procreare finché ne ha la forza".³

La misura in cui le attitudini sessuali degli antichi ebrei erano influenzati dalla volontà di procreare è esemplificata dalla storia biblica di Lot. Quando gli uomini di **Sodoma** assediavano la casa di Lot e chiedevano che venissero consegnati loro due viandanti (che in realtà erano an-

* Tra le mani di molti commentatori moderni sia la dottrina cristiana sia quella ebraica si sono talmente modernizzate da non avere piú nessuna somiglianza con il contenuto originario di queste fedi. In questo capitolo mi limiterò, quindi, alle forme antiche, o "ortodosse" di queste religioni.

geli) per intrattenervi rapporti omosessuali, **Lot** offrì loro invece le proprie figlie, ricevendone in cambio la possibilità di salvarsi dalla distruzione della città insieme con esse.' Subito dopo, siccome la moglie di **Lot** era stata uccisa, le figlie fecero ubriacare Lot e commisero con lui un incesto per perpetuarne la stirpe.'

Poiché il matrimonio era un obbligo (e poiché la concezione della società degli ebrei era di tipo patriarcale), il celibato era ritenuto un crimine. E siccome nel racconto biblico della creazione l'uomo e la donna congiunti vengono chiamati "uomo", le autorità rabbiniche arrivarono **fino** al punto di sostenere che "chiunque non è sposato, non è un uomo".⁶ Nel Medioevo, nelle comunità sottoposte **all'**autogoverno degli ebrei, le corti rabbiniche ricorrevano a tutti i loro poteri — come le punizioni fisiche, le ammende e la scomunica — per costringere gli uomini celibi a sposarsi.'

Inoltre, essendo il matrimonio un'istituzione religiosa, **quello** con una donna straniera equivaleva a un tradimento del Dio degli ebrei. Dopo aver esortato gli israeliti a non dimostrare alcuna pietà verso gli ittiti e le altre **tribú** vicine, Jahvé ordina loro: "Con esse non contrarrai matrimonio... Poiché tuo figlio sarebbe allontanato da me per rendere culti ad altri dei e l'ira di Jahvé si accenderebbe contro di voi e vi sterminerebbe ben presto."⁸

Gli antichi ebrei erano un popolo tribale xenofobo e le loro leggi miravano a preservare la purezza della loro identità di gruppo. E forse, proprio perché l'etica sessuale ebraica era **cosí** tribale e orientata verso la procreazione, essa non era anti-erotica. Era solo contraria ai gentili. Per questo la circoncisione non veniva solo considerata un sigillo fisico del patto tra gli ebrei e Jahvé, ma anche una difesa contro la possibilità di andare all'inferno. Secondo il Talmud, il Gehinnon (termine ebraico per inferno) è riservato ai gentili e agli uomini ebrei che hanno avuto rapporti sessuali con donne gentili: "Abraham nostro padre viene, li trae fuori [gli ebrei circoncisi, dal Gehinnon] e li **acco-**

glie, ad eccezione dell'israelita che ha avuto rapporti con una donna pagana... " * 9

Pertanto, nell'etica sessuale ebraica, quello che viene proibito non è il piacere erotico, bensì gli atti erotici illeciti. Nel suo ottimo testo, *Birth Control in Jewish Law* (Il controllo delle nascite nella legge ebraica), David Feldman cita molti testi talmudici a sostegno di questa impostazione, "favorevole al sesso", della religione ebraica. * Uno di questi testi (di Rabbi Jacob ben Asher) contrappone l'adulterio, proibito, alla libertà sessuale resa possibile nel matrimonio: "Ma al marito la moglie è concessa e con lei egli può fare ciò che gli piace. Può avere rapporti con lei quando gli piace, può baciarla quando gli piace, può avere rapporti con lei secondo natura o contro natura. ""

Anche se nella concezione del mondo degli antichi ebrei la donna occupa un posto decisamente secondario, la Tora riconosce esplicitamente il suo diritto coniugale ai rapporti sessuali e il dovere del marito ad adempierli. Questo cosiddetto debito coniugale diventa obbligatorio in determinati periodi e varia a seconda delle capacità e dell'occupazione del marito. Per esempio, se un uomo vuole dedicarsi a un lavoro che lo tiene lontano da casa per lunghi periodi, lo può fare solo con il consenso della moglie." Feldman sottolinea il fatto che, in questa concezione dei rapporti coniugali, l'atto sessuale diventa "il dovere del marito e il privilegio della moglie. Ciò contraddistingue, in meglio o in peggio, la legge ebraica dall'egualitarismo cristiano e sta in netto contrasto, ma in meglio, con l'atteggiamento, deplorato da alcuni autori moderni, che vedrebbe nel sesso un diritto dell'uomo e un dovere della donna". * * * 14

* Al Gehinnon vengono anche condannati alcuni ebrei particolarmente malvagi — ma solo dopo averne eliminato la circoncisione: "Gli israeliti circoncisi non scenderanno nel Gehinnon. Ma che cosa farà il Santissimo per impedire che gli eretici e i peccatori di Israele dicano 'Poiché siamo circoncisi, non andremo nel Gehinnon'? Manderà un angelo che rimetterà loro i prepuzi ed essi scenderanno nel Gehinnon". 10

Il famoso sapiente e filosofo ebreo Mosè Maimonide condanna esplicitamente l'ascetismo come peccato: "Si potrebbe dire: poiché la gelosia, la passione e la brama di onori., possono portare l'uomo alla perdizione, io passerò all'estremo opposto. Mi asterrò dalla carne, dal vino, dal matrimonio, non avrò una bella casa né dei begli arredi... Questo è male ed è proibito. Chi agisce così è un peccatore". 11

*** Nel dicembre del 1979, una corteo rabbinica di Israele ha ordinato ad un

Il carattere educativo di queste norme e regolamenti non potrebbe essere **piú** chiaro **ed** esplicito. In realtà, **nell'etica** sessuale ebraica, **l'approvazione** del godimento erotico raggiunge il suo culmine nella precisazione, che viene presentata come un insegnamento religioso, di quelle che oggi noi definiamo tecniche sessuali. "Come un leone **incede** a grandi passi, divora, e non prova vergogna, **cosí** un uomo rozzo arriva, copula, e non prova vergogna": questa è l'immagine a cui ricorrono i saggi per condannare gli "eiaculatori precoci"; essi li invitano ad adottare dei metodi che sembrerebbero molto moderni, come questo: "**Conquistala** piuttosto con parole dolci e seduttrici. Non aver fretta di suscitare la passione, **fino** a che il suo animo non sia incline; comincia ad amarla; concedile che per prima raggiunga l' '**inseminazione**' [orgasmo?]"¹⁶.

Ma anche se la legge ebraica riconosce la legittimità del piacere nell'atto sessuale, questo deve avvenire in un rapporto coniugale tra un uomo ebreo e una donna ebrea. Coloro che non sono ebrei **non** devono diventare partners coniugali, non solo perché non adorano Jahvé, ma anche perché sono considerati dei perversi sessuali. Gli studiosi ebraici erano arrivati a questa conclusione attraverso un ragionamento di questo tipo. Il serpente aveva contaminato Èva e, tramite lei, tutto il genere umano, diffondendo la "lascivia". Nel corso del suo vagabondaggio nel **Sinai**, il popolo ebreo si era mondato da questo peccato, ma "il pagano che non era stato nel **Sinai** era ancora soggetto a queste passioni".¹⁷ La legge ebraica stabiliva persino la pena di morte per gli animali con cui gli uomini avessero avuto dei rapporti sessuali. "Anche se questo animale '**non ha peccato**'... la legge fa bene a prescriverne l'uccisione perché esso è stato strumento della caduta di un essere umano."¹⁸

uomo di trentadue anni che era un marito esemplare, ma che si rifiutava di avere rapporti sessuali con la moglie, "di adempiere ai suoi doveri coniugali o di pagare 36 grani di argento ogni settimana fino a che non lo avrò fatto". Alle corti rabbiniche di Israele spetta solo la giurisdizione sui matrimoni ed i divorzi."

• Il cristianesimo medievale rispondeva per le rime, "decretando che i rapporti sessuali con un ebrw costituivano una forma di 'bestialità' e che erano soggetti alle stesse sanzioni".¹⁸

In piena coerenza con questa concezione fortemente interpersonale (ancor più che individualistica) dell'atto sessuale, la legge ebraica proibisce severamente la masturbazione. Questa pratica viene condannata senza mezzi termini sia nel Talmud che nella letteratura non talmudica. Lo **Zohar** definisce la masturbazione "il peccato più grave di tutti quelli della **Torà**".²⁰ Gli esegeti ebraici vedono in questo atto un "assassinio" ed affermano che la persona colpevole "merita la morte". Anche se si tratta di un paradosso retorico, più che di un'esplicita richiesta di condanna a morte, mette comunque in luce fino a che punto gli ebrei condannassero l'autosoddisfacimento sessuale. Questo divieto si basa ovviamente sulla concezione secondo cui chi si masturba distrugge il suo "seme procreatore", commettendo così un atto non dissimile dall'omicidio.*

Ma la legge ebraica è andata anche più in là. Essa considera "parzialmente peccaminose" persino le polluzioni notturne (involontarie), poiché "non vede mai nell'uomo una vittima ingenua e innocente". Tenendo presente l'ovvio rapporto tra la stimolazione sessuale durante il giorno e la successiva polluzione nel corso della notte, la legge ebraica prescrive agli uomini di evitare questa stimolazione — una proibizione che è arrivata fino al punto di vietare di toccarsi il pene: "La legge proibisce fermamente di toccarsi i genitali — l'uomo non sposato mai, quello sposato solo quando deve urinare."²¹ Questa è la ragione per cui, tra gli ebrei ortodossi, quando si insegna a controllare la vescica uno degli aspetti più importanti è quello di proibire al bambino di toccarsi il pene con le dita: "Senza mani!" è il grido ammonitore di un genitore quando vede il figlio o la figlia che cercano di urinare aiutandosi con le dita. "**Meglio sbagliare** bersaglio che prendere delle cattive abitudini!"²²

Psicologicamente, i divieti religiosi ebraici contro l'at-

* Il fatto che nell'ebraico biblico e rabbinico la "progenie" viene spesso chiamata "seme" può aver favorito questa concezione. Come altri popoli dell'antichità, gli ebrei credevano che anche le donne possedessero ed emettessero un "seme".²¹

to di toccarsi il pene simboleggiano l'appartenenza **dell'organo** sessuale maschile al Dio degli ebrei. Dal punto di vista teologico, nella religione ebraica l'obbligo della **circoncisione** è il simbolo del patto tra Abramo (e tutti gli ebrei) e Jahvé: solo il maschio circonciso può urinare senza toccarsi il pene, dovendo, quello non circonciso, tirare indietro la pelle. Il rito ebraico della circoncisione è un complemento ineliminabile del divieto religioso di toccarsi il pene.

Il principio morale di fondo del cristianesimo — cioè che la castità è la **virtù** etica suprema mentre il piacere sessuale è il suo contrario — presuppone una posizione del matrimonio notevolmente inferiore rispetto a quella occupata nella religione ebraica. Anche se **più** tardi il matrimonio è diventato un sacramento, i primi cristiani lo ponevano molto al di sotto del celibato, come fanno ancora i cattolici romani (di qui l'obbligo del celibato per i preti e le suore). In effetti, l'aspetto di maggiore novità del cristianesimo sta proprio nel fatto di considerare la castità — cioè l'astinenza da qualsiasi genere di atti e di piaceri sessuali — una **virtù**, mettendola al di sopra di tutte le altre. I greci, come tutti i popoli primitivi (non cristiani), non hanno nessun termine specifico per indicare la castità. Quando i Padri della Chiesa, che scrivevano in greco, parlavano di questa nuova **virtù** cristiana, usavano il termine *agneia* — che significa un "rito di rigetto o di lutto" — ampliandone il significato per indicare anche questa nuova idea."

La prescrizione religiosa della castità ha fissato un criterio morale a cui pochi o forse nessun essere umano avrebbe potuto adeguarsi; e questa inadeguatezza, a sua volta, funzionava molto bene per confermare l'immagine di un genere umano cattivo per natura." E dato che il sesso era considerato peccaminoso, come facevano i primi cristiani ad accettare e persino a santificare il matrimonio? Con una ingegnosa concatenazione di razionalizzazioni: essi affermavano che il soddisfacimento del desiderio accompagnato da

piacere era un peccato grave, anche nel matrimonio; ma sostenevano che il matrimonio costituiva una soluzione accettabile perché rappresentava un "rimedio contro la concupiscenza" il che avrebbe consentito a un maggior numero di vergini di dedicarsi a **Gesú**.²⁷ Così essi rimasero contrari al matrimonio, trattandolo in termini molto simili a quelli degli awersari moderni di questa istituzione. Nel suo classico saggio *Sexual Relations in Christian Thought* (I rapporti sessuali nel pensiero cristiano), Derrick Bailey dimostra che i Padri della Chiesa "continuavano a considerare il matrimonio una concessione agli sfrenati desideri di un'umanità decaduta", definendolo "triste tragedia", "molesto fardello", "schiavitú", "legame oppressivo".

Siccome la castità era "pura" e il coito "impuro", il sacerdozio non poteva venir "contaminato" dal coito." E siccome l'attività sessuale era "totalmente peccaminosa", l'astinenza dall'attività sessuale finì per venir considerata la **virtú piú** alta: "la verginità faceva miracoli."³⁰ Così gli scolastici medievali sono pervenuti ad un giudizio sul coito che conferma la loro fama di aver fatto dell'ambiguità morale una conquista intellettuale. Secondo loro, il piacere del coito non era "peccaminoso di per sé, ma non poteva venir perseguito da solo senza peccare: nel matrimonio, questo peccato era sempre veniale; ma fuori del matrimonio, era mortale".

Pur accettando il matrimonio, anche Lutero continuò a insegnare che il sesso è "sempre impuro" (ma dopo tutto, Lutero non era un luterano, bensí un prete cattolico). Le idee di Lutero sul sesso, inoltre stanno a dimostrare che l'approccio medico ad esso non è un fatto né nuovo né scientifico. Pur affermando: "Non intendo concedere alla natura che esso [il matrimonio] non sia un peccato", Lutero definiva il matrimonio "una medicina, un ospedale per il malato". Questa eloquente metafora medica pervade tutto il luteranesimo, esercitando un potente influsso sull'anglicanesimo del diciassettesimo secolo. John Donne, per esempio, parlava di uomini che usano le loro

mogli "in **medicinam**" — cosa che considerava "il piii basso di tutti i modi di usare il matrimonio", il cui scopo principale, secondo lui, era quello di evitare la **fornicazione**." **Cosí**, l'idea secondo cui la funzione della donna è quella di venir usata "come rimedio contro il peccato" si è insinuata profondamente nella teologia cristiana," portando alla definizione di un'educazione sessuale cristiana in aperto contrasto con l'insegnamento della Chiesa **sull'egualianza** spirituale tra i due sessi.

Gli antichi ebrei ritenevano che fosse loro dovere religioso godere la vita in tutte le sue variegate dimensioni, compresa quella sessuale. Però, l'etica sessuale ebraica non era **affatto piú** permissiva di quella cristiana. Nella religione ebraica, i rapporti sessuali erano o obbligatori (cioè, nel matrimonio, in determinati momenti), o proibiti (cioè, fuori del matrimonio, in determinati altri momenti).

Mettendo a confronto le credenze e le pratiche dei primi cristiani (ebrei) con quelle degli **ebrei** (non cristiani) possiamo valutare meglio le origini e il carattere del cristianesimo come setta ascetica ebraica. Nel periodo in cui nacque il cristianesimo, **c'erano** parecchie di queste sette tra cui la **piú** nota era quella degli esseni. Alcuni autori ritengono che **Gesú** ne sia stato un membro. I manoscritti del Mar Morto, scoperti nel 1947, forniscono ampie prove del fatto che la dottrina del cristianesimo primitivo sul celibato, il divorzio e la monogamia derivava direttamente da una dissidenza ascetica ebraica — probabilmente quella essena — e non da fonti greco-romane, come si riteneva in precedenza." Per esempio, questi manoscritti stabiliscono che gli ebrei che hanno avuto rapporti sessuali o **polluzioni** notturne debbono purificarsi per tre giorni prima di entrare nella "città del tempio". Essi proibiscono anche di defecare il sabato. Un'altra setta ascetica ebraica, di cui parla il filosofo Filone, fiorì intorno al primo secolo d.C. e dei suoi membri — chiamati Terapeuti, un termine greco il cui significato originario era "inserviente" o "servo" — si diceva

che osservassero "una disciplina e uno stile di vita eccezionalmente severi".³⁶

Per capire l'atteggiamento dei primi cristiani verso il sesso — e in particolare, per capire il fatto che dessero alla castità e al celibato un valore maggiore che alla procreazione e al matrimonio — questi precetti sessuali devono venir collocati nel loro esatto contesto storico. Pertanto, io propongo di considerare la "castità" cristiana una reazione contro il "matrimonialismo" ebraico. Il matrimonio ebraico era obbligatorio. In base alla legge ebraica, non ci poteva essere (a tutti gli effetti pratici) un ebreo di sesso maschile non sposato." Rendendo obbligatori il matrimonio e la procreazione, gli ebrei distruggevano l'erotismo — per lo meno per coloro che apprezzavano di piú la libertà del conformismo.

Il fatto che gli antichi ebrei obbligassero la gente a sposarsi e a procreare è stato molto sottovalutato nella storia della teologia e dell'etica sessuale. In realtà, ben poche cose rivelano le origini ebraiche del cristianesimo in modo altrettanto chiaro ed evidente quanto il fatto che nella concezione cristiana della società *tutte le persone* — uomini e donne — *sono* (o devono essere) *sposate*. In altre parole, anche se i primi cristiani riconoscevano gli uomini e le donne non sposati, gli antichi ebrei non ammettevano che ci fossero persone non sposate (e forse non riuscivano neppure a immaginarselo). Se questo può sembrare un paradosso, è solo perché essi realizzarono una grande trasformazione sociale, prima facendo del matrimonio una metafora, e, poi, prendendo questa metafora alla lettera."

Per gli ebrei, il matrimonio era un rapporto sociale effettivo. Ed è proprio il carattere obbligatorio di questo rapporto sociale che gli eretici giudaico-cristiani volevano abolire. Però, anche se il loro obiettivo era di liberare gli uomini e le donne dal giogo del matrimonio obbligatorio, essi non riuscivano assolutamente a concepire le persone non sposate come singoli individui (un concetto che nella storia si è presentato molto piú tardi di quanto generalmente si

creda). Così essi risolsero questo dilemma allo stesso modo di come sono stati risolti e continuano a venir risolti molti problemi sociali, cioè con una trasformazione radicale del significato di certe parole chiave.

Uno dei termini chiave di cui i primi cristiani cambiarono il significato è proprio quello di matrimonio, applicandolo, all'inizio probabilmente solo in senso metaforico, al rapporto tra la persona non sposata e la nuova divinità, Gesù. Sia per gli ebrei cristiani che per gli ebrei rimasti tali, ogni adulto continuava ad essere una persona sposata, ma con questa differenza: tra questi ultimi, gli uomini ebrei dovevano sposarsi con delle donne ebreo, mentre per i primi, i singoli individui (indipendentemente dal sesso, dalla razza o dalla loro origine religiosa) si potevano sposare, in senso letterale, con una persona del sesso opposto, oppure, metaforicamente, con **Gesù** (e in seguito, con la Chiesa). Nel terzo secolo, questa metafora aveva ormai acquistato il valore di una verità letterale, come dimostra questa tesi di S. Cipriano sull'impossibilità del matrimonio per una vergine cristiana: "Se un marito viene e vede la propria moglie che giace con un altro uomo, forse che non si infuria e non si indigna? E quanto si deve indignare e **adirare** Cristo nostro Signore e Giudice, quando vede una vergine, votata a Lui e consacrata alla sua **Santità**, che giace con un uomo!... Coi che si è macchiata di questo crimine è un'adultera, non verso suo marito, ma **verso** Cristo."³⁹ Quindi, la metafora del matrimonio con Cristo venne presa in senso letterale per far da supporto alla retorica della religione; ora, invece viene presa in senso letterale la metafora del desiderio sessuale come malattia per far da supporto alla retorica della terapia sessuale.

L'obbligo degli ebrei al matrimonio è analogo all'odierna costrizione al bere o all'uso di certe droghe: in entrambi i casi una persona deve compiere un determinato atto; e in entrambi i casi, essa spesso si sente spinta in direzione opposta, trovando l'estasi proprio nel rifiuto di quell'atto che gli è stato **ingiunto** di compiere." Così, la dottrina **cri-**

stiana contro il matrimonio e a favore della castità (cioè, a favore del matrimonio con Gesti) potrebbe benissimo venir considerata un atto di liberazione dal matrimonio obbligatorio degli ebrei. Se le cose stanno **così**, sarebbe un errore interpretare le posizioni contrarie al matrimonio dei primi cristiani in termini meramente anti-sessuali. La questione era piuttosto di carattere religioso: gli ebrei rendevano omaggio a Jahvé con il matrimonio obbligatorio; i cristiani onoravano **Gesú** con una castità volontariamente scelta. Così la religione ebraica imponeva l'obbligo della copolazione nel matrimonio obbligatorio, mentre il cristianesimo incoraggiava la castità di un celibato volontariamente scelto.

D'altra parte la sensualità ebraica può apparire deviante rispetto all'ascetismo cristiano. In realtà, sia il codice sessuale degli ebrei sia quello dei cristiani persegue e prescrive dei comportamenti che generano piacere. L'ebreo osservante prova piacere nel coito e nella procreazione coniugale; il cristiano osservante nel celibato e nella castità. Una mente razionale si ribella a questo fatto e cerca di stravolgerlo o di eliminarlo. Per questa mente, solo uno può avere ragione e l'altro torto. Ma in realtà, il comportamento sociale è caratterizzato da una diversità illimitata: quello che ad alcuni fa piacere, ad altri provoca dolore." E spesso i terapisti moderni non riescono a capire questo semplice fatto. Ma tale incapacità rivela a sua volta la loro insormontabile incapacità di superare i propri pregiudizi culturali — in particolare, il loro insuperabile desiderio di una vita sessuale intensa e il fatto che proiettino questo loro desiderio sia "sulla natura dell'uomo" sia sulla "natura della sessualità umana".

Passiamo ora all'educazione sessuale nell'islam, una fede derivata in larga parte dalla religione ebraica e dal cristianesimo." L'etica sessuale maomettana assomiglia molto

* Uso qui la parola "piacere" in termini operazionistici, per denotare lo stato di una persona che raggiunge lo scopo desiderato, quale che esso sia. C'è gente che prova piacere mangiando, mentre altri lo provano digiunando.

a **quella** ebraica e la **differenza** piú importante tra esse **'sta nel** fatto che la prima promette al fedele un **godimento** sessuale illimitato in paradiso. "Coloro che hanno **creduto** e hanno compiuto il bene", **afferma** il Corano, "saranno padroni di giardini dove scorrono ruscelli. Ciò che **gli** sarà servito sarà simile a ciò che gli è stato servito nella vita terrena. Là essi troveranno spose immacolate e vi resteranno per sempre." Questa immagine islamica del paradiso è sicuramente in contrasto con la concezione largamente **diffusa**, secondo cui tutte le religioni sarebbero contrarie al sesso. Anche il Corano, come il Vecchio Testamento, è antifemminista, ma non è contrario al sesso.

L'atteggiamento dei maomettani verso le donne non è altro che un'estensione del tradizionale atteggiamento verso di esse degli ebrei ed un rifiuto del tentativo cristiano di attenuare le differenze politiche tra i sessi. Attraverso il suo profeta Maometto, Allah stabilisce per le donne queste norme: "Ordina alle donne che credono di distogliere lo sguardo dalle tentazioni e di mantenere la loro castità; di nascondere i propri ornamenti; e di stendere i loro veli sul proprio cuore..."⁴³

In breve, la religione ebraica, il cristianesimo e l'islam definiscono e prescrivono tutti un tipo particolare di educazione sessuale. L'insegnamento sessuale di queste religioni presenta similitudini e differenza. Queste ultime si possono **cosí** riassumere: per la religione ebraica il matrimonio è obbligatorio, per il cristianesimo la castità ha un valore maggiore del matrimonio e per l'islam fa parte della proprietà.* Il paradiso degli ebrei e dei cristiani è senza sesso, perché trovarsi alla presenza di Dio costituisce il principale piacere dell'anima risorta (agli ebrei devoti viene anche promesso un "magnifico banchetto" nel Grande Eden, il loro paradiso⁴⁴). Solo nell'islam si promette al fedele (maschio) un'attività sessuale paradisiaca dopo la morte.

* Il Corano afferma: "Coloro che non possono permettersi di sposarsi vivano in continenza, finché Allah non li avrà resi ricchi".⁴⁴

L'educazione sessuale (per i bambini)

Verso la fine degli anni Sessanta, in circa metà delle scuole pubbliche e parrocchiali d'America si insegnava già educazione sessuale. Tra il 1966 e il 1969, il governo federale aveva stanziato piú di due miliardi di dollari per aiutare i singoli stati ad istituire dei corsi di educazione sessuale. Nel 1978 il contributo diretto del governo federale per i corsi di educazione sessuale e di controllo delle nascite stava ormai toccando i 150 milioni di dollari, mentre un numero incalcolabile di milioni veniva incanalato verso questi corsi passando attraverso il Dipartimento per la Sanità, l'Istruzione e l'Assistenza.*

Di che cosa si occupano questi corsi? Che cosa si insegna agli studenti? Secondo "Newsweek", gli scolari di quarta e di quinta possono vedere dei film che illustrano "i particolari anatomici dell'uomo e della donna, il meccanismo dell'erezione e dell'iaculazione e il ruolo del clitoride nel godimento sessuale". A Schenectady, New York, agli scolari di sesta "viene insegnata la meccanica del rapporto sessuale con una terminologia 'accettabile da un punto di vista medico e sociale'", mentre gli studenti delle scuole superiori assistono a proiezioni di film "in cui viene loro

* In America l'educazione sessuale ha avuto la sua massima espansione nel 1966, quando il Dipartimento per la Sanità, l'Istruzione e l'Assistenza (HEW) degli Stati Uniti diede l'autorizzazione governativa all'educazione sessuale, e stanziò grossi fondi per la sua adozione nelle scuole del paese. All'inizio dell'anno scolastico 1966-67, anche l'Ufficio per l'Istruzione degli Stati Uniti diede la sanzione ufficiale all'educazione sessuale.

detto che possono trovare una risposta a domande come: **È pericoloso avere un bambino quando una donna ha avuto dei rapporti con piú di un uomo? Il rapporto sessuale è veramente un peccato?**" Nello stesso anno, il principale amministratore del sistema scolastico Watkins Glen di New York ha ammesso che, poiché l'educazione sessuale faceva parte integrante del corso di studi, aveva presentato quei materiali di educazione sessuale senza richiedere il consenso dei **genitori**.⁶

Svariati rapporti sull'effettivo funzionamento dei programmi di educazione sessuale nelle scuole pubbliche chiariscono abbondantemente il fatto che in questi corsi ai bambini vengono insegnate pochissime nozioni di biologia e moltissima ideologia sessuale spersonalizzata. Per esempio, alla fine degli anni Settanta, una guida al corso di studi per scolari di settima e di ottava delle scuole della Humboldt County, in California, precisava che "lo studente potrà raggiungere una piena comprensione della masturbazione", che assisterà alla proiezione di film sulla masturbazione e che potrà "discutere le quattro concezioni della masturbazione — quella tradizionale, quella religiosa, quella neutrale e quella radicale — prendendo parte ad un dibattito in classe".⁷

Gli insegnanti di educazione sessuale sono favorevoli alla masturbazione, perché il loro modello della sessualità umana è di tipo meccanico. Gli organi sessuali sono come tante leve, che i bambini devono imparare a manovrare per ricavarne piacere e per rilassarsi. "Se sei turbato da tensioni e desideri [sessuali] ", consiglia un opuscolo di Planned Parenthood, "puoi masturbarti. La masturbazione non ti fa alcun male e può **rilassarti**." **Ma forse non è così**, soprattutto se a dirti di farlo sono le autorità scolastiche.

Un testo standard per insegnanti di materie sessuali, *Education for Sexuality* (Educazione per la sessualità), di John Burt e Linda Meeks, ci offre un altro esempio di questa stessa fiducia nel modello di sessualità fondato sulla masturbazione. Gli autori propongono un corso di studi che

comincia con un "giro nella stanza da bagno" fatto da un **gruppo** misto di scolari di prima. In quarta ai bambini vengono impartite precise nozioni sull'anatomia dei genitali maschili e femminili e sul rapporto sessuale umano. Quando gli studenti arrivano in settima, è stato ormai insegnato loro tutto sulla vagina, le labbra, il pene, il clitoride, l'e-rezione, l'**ei**aculazione e l'orgasmo, nonché sul significato di termini come "fellatio" e "cunnilingus".

Oltre a favorire un'ideologia sessuale fondata su un modello masturbatorio della sessualità, i programmi di educazione sessuale hanno anche dei fini strettamente pratici, cioè la contraccezione, soprattutto per i minori. Planned Parenthood e il SIECUS (il Consiglio per l'Informazione e l'Educazione Sessuali degli Stati Uniti) hanno a lungo sostenuto che questo era uno dei principali compiti degli insegnanti di educazione sessuale. Nel 1966, un opuscolo del Dipartimento per la Sanità, l'**I**struzione e l'Assistenza sul controllo delle nascite si schierava a favore dei programmi di educazione sessuale in quanto strumento di un "effettivo controllo delle nascite".*¹⁰ E il fatto che l'educazione sessuale non abbia contribuito che ad aumentare le gravidanze illegittime (proprio come il risultato dell'educazione contro le droghe è stato un aumento del loro uso) non ha affatto indebolito la credibilità o la legittimità di questi programmi. Anzi, i gruppi di pressione favorevoli all'educazione sessuale usano queste statistiche come prova della necessità di un'educazione sessuale ancora **più** ampia — e la gente ci casca. Nel 1976, il 25 per cento delle ragazze sessualmente mature erano già rimaste incinte prima dei diciassette anni e il 33 per cento prima dei diciannove." "Le ricerche hanno dimostrato che, tra gli adolescenti, le

* Questa operazione di sistematico mascheramento di un'etica sessuale secolare dietro le parvenze di una scienza medica, insegnandola nelle scuole pubbliche sotto forma di educazione sessuale, è diventata un vero e proprio affare nel periodo tra le due guerre mondiali. Paradossalmente, un manuale del Servizio Sanitario Pubblico del 1939 insegnava ancora che "La masturbazione... è deleteria perché elimina la fiducia e il controllo su di sé".¹¹ Questo ovviamente succedeva quarant'anni fa. Allora il Servizio Sanitario Pubblico degli Stati Uniti non ne sapeva di più. Oggi il Dipartimento del HEW dispone di tutte le conoscenze scientifiche sul sesso, e nelle scuole americane di oggi vengono insegnate solo queste cose.

pratiche sessuali hanno compiuto un vero e proprio balzo", **afferma** Alfred F. Moran, vicepresidente esecutivo di **Planned Parenthood** di New York City, "mentre l'uso dei **contraccettivi** non ha fatto altrettanto. Agli adolescenti non viene detto che, se vogliono avere dei rapporti sessuali, non dovrebbero farlo senza difese."¹³

Difese per chi? I fautori dell'educazione sessuale che vogliono ridurre le gravidanze tra gli adolescenti non hanno alcun interesse effettivo a difendere le adolescenti dal rischio di restare incinte. Sono interessati solo a proteggere la società dalle gravidanze delle adolescenti! Ma anche per questa ipocrisia, la nostra società paga un conto salato. Nel 1977, delle ragazze americane in età adolescente, una su dieci era rimasta incinta e la maggioranza di queste (l'87 per cento tra la popolazione di colore e il 62 per cento tra quella bianca) aveva portato a termine la **gravidanza**."

Poiché gli insegnanti di educazione sessuale nelle scuole si occupano del comportamento sessuale di esseri umani, **finiscono** inevitabilmente per toccare alcuni dei valori morali (religiosi) più intensamente sentiti dagli studenti e dai loro genitori. E siccome essi fanno propri determinati valori sessuali secolari (che si contrappongono alla tradizione), è anche inevitabile che finiscano per urtare la **sensibilità** di coloro che non condividono i loro valori. L'incompatibilità tra la dottrina della Chiesa cattolica romana e l'educazione sessuale moderna ne è solo un esempio. Durante il **suo** viaggio negli Stati Uniti nel 1979, papa Giovanni Paolo II ribadì il carattere moralmente illegittimo delle pratiche sessuali non finalizzate alla procreazione e condannò fermamente non soltanto l'aborto, ma anche la contraccezione. Poco dopo la visita del papa, la Sacra Congregazione, cioè il settore della Curia che si occupa degli errori dottrinali, condannò drasticamente un manuale sessuale "cattolico" di orientamento liberale, intitolato *Human Sexuality: New Directions in American Catholic Thought*. Nonostante che questo libro fosse stato **commissionato** dal-

L'Associazione Teologica Cattolica d'America e fosse stato scritto da sacerdoti cattolici, il Vaticano lo giudicò inaccettabile, perché i suoi estensori "non accettavano la posizione cattolica ufficiale secondo cui lo scopo fondamentale dell'attività sessuale dell'uomo è la procreazione". E siccome la contraccezione costituisce uno dei punti fondamentali dei programmi di educazione sessuale che oggi vengono svolti in America, è chiaro che esiste un'incompatibilità di fondo tra un'educazione sessuale di questo tipo e l'etica sessuale cattolica.

Il tipo di educazione sessuale che i cattolici accettano è ben illustrato in un manuale intitolato *Sex Education and Training in Chastity*. L'autore di questo libro, scritto nel 1930, padre Felix M. Kirsch, insiste sul fatto che i libri di igiene sessuale scritti da autori non cattolici "non devono venir consigliati ai cattolici".¹⁶ A proposito di ciò che bisognerebbe insegnare ai giovani sul sesso, scrive: "Nel dare un'educazione sessuale ai giovani, non dobbiamo mai far riferimento al piacere che accompagna l'attività sessuale." Anche se considera il controllo dell'impulso sessuale un problema morale, padre Kirsch non è affatto contrario a ricorrere all'aiuto del medico per conseguirlo: "Il sacerdote dovrebbe conoscere bene i mezzi consigliati dagli esperti di igiene mentale e di medicina per aiutare il penitente nella sua lotta contro questa abitudine peccaminosa [la masturbazione]."¹⁸

Impartire un'educazione sessuale di questo tipo oggi — negli Stati Uniti come in tutto il mondo occidentale libero — sarebbe inconcepibile. (Forse lo si potrebbe fare in Russia e in Cina, a patto di presentarla come la dottrina comunista e non come quella della Chiesa cattolica.) L'insegnante di una scuola pubblica che mettesse in guardia i suoi allievi dalla depravazione del desiderio, della masturbazione e della fornicazione verrebbe, nel migliore dei casi, cacciato dalla scuola a suon di risate. E nel peggiore, verrebbe rinchiuso in un manicomio. E siccome i gesuiti

del sesso hanno imboccato questa strada, le scuole sono diventate una preda molto facile per i giacobini del sesso, come dimostra molto bene qualche esempio.

Nel 1972, un gruppo di studenti di scuola secondaria di Belfort, in Francia, che stavano studiando le opere di Sigmund Freud e di Wilhelm Reich, chiesero al loro insegnante di discutere un opuscolo dal titolo Impariamo a fare *all'amore*, scritto da un medico francese, il dottor Jean Carpentier. L'insegnante acconsentì. La cosa sollevò un'ondata di pubblica indignazione, perché il dottor Carpentier era "un dichiarato fautore di una libertà sessuale senza limiti". Il suo opuscolo spiega agli studenti delle scuole secondarie il funzionamento degli organi sessuali e li incita a farne libero uso contro **quelle** che definisce "le ipocrite autorità morali, che vorrebbero impedire ai giovani di provare piacere". "Che uso dovrebbero fare i giovani dei loro organi sessuali? Il dottore consiglia "ai giovani e alle ragazze non solo di fare l'amore ma dà anche un giudizio positivo delle attività omosessuali e della masturbazione". Secondo lui, "c'è un solo pericolo: la repressione del desiderio". I genitori indignati accusarono l'insegnante di istigazione alla **perversione**.²⁰

Il secondo esempio si riferisce ad un incidente successo a Berlino Ovest nel 1970. Un gruppo di scolari di questa città, tra gli otto e i quattordici anni, era stato indotto da un gruppo di studiosi della Libera Università "a spogliarsi e a rappresentare scene di rapporti sessuali". "Ma perché questi insegnanti di educazione sessuale volevano che i bambini facessero una cosa del genere? Il loro obiettivo, si disse, era quello di "emancipare i bambini della classe operaia **dall'influenza** repressiva **dell'educazione** ricevuta in famiglia, denunciando lo sfruttamento sociale e la coercizione sessuale". "Questi insegnanti, definiti "membri di un gruppo estremista di sinistra molto unito, che vuole realizzare il socialismo internazionale", avevano compiuto questo esperimento "nel centro sociale Libertà

Rossa di un quartiere operaio" senza chiedere ai genitori il permesso di svolgere attività del **genere**."

Questi esempi dimostrano quali e quante implicazioni morali e politiche si nascondano dietro l'educazione sessuale a livello di scuola secondaria.

La situazione in cui versa l'educazione sessuale nelle scuole può venir ulteriormente chiarita gettando una rapida occhiata alle principali istituzioni americane impegnate nella promozione di questo tipo di educazione: per esempio il SIECUS. Fondato nel 1964 dalla dottoressa **Mary Calderone**, già presidentessa della Planned Parenthood Association, il SIECUS è animato da una fede — che coincide con la missione a cui si è dedicata la Calderone — che è quella di sottrarre il sesso alla giurisdizione divina per affidarlo alle cure dei medici. Durante la celebrazione del decimo anniversario del SIECUS, nel corso di un colloquio con il direttore della "Medical Tribune" **Harry Henderson**, la Calderone ha esplicitamente enunciato questo punto:

H.H.: Se ben ricordo, il vostro scopo iniziale era **quello di collegare** il sesso alla salute.

M.C.: «Sì, e la cosa si è rivelata giusta, perché ha sottratto il sesso alla sfera della morale. In ultima analisi, il sesso è sempre stato accaparrato da religioni e nessuno poteva metterci le mani sopra. Portandolo nella sfera della salute, che, da un punto di vista scientifico, è la sua, e riconoscendone il ruolo per il benessere fisico, mentale e sociale, lo abbiamo liberato, permettendo che venisse studiato e trattato in modo oggettivo e senza preconcetti emotivi.»

Questa è la tipica retorica dello scientismo e dello **statalismo**: sottrarre qualsiasi cosa la gente faccia a coloro che la controllano per affidarla alla "scienza" e allo stato nel loro interesse. Questa pretesa della Calderone, per cui "riconoscere nel sesso una questione sanitaria" rappresenta una novità che torna tutta a suo merito e trattare il sesso in termini medici "lo libera" e lo "rende oggettivo", non solo è presuntuosa, ma anche **assurda**. La cosa non ha affatto portato ad una vera liberazione dalla repressione

sessuale; anzi ha fatto sí che un numero **sconfinato** di persone venisse catechizzato, condannato e controllato, da idee e interventi pseudo-medici. C'è ancora qualcuno che crede **che** termini come "sadismo" e "masochismo", "vaginismo", "frigidity" e "impotenza", o i nomi delle innumerevoli "perversioni", o il concetto di "paura della castrazione" e di "invidia del pene" abbiano liberato la **gente?**" Il fatto è che per **piú** di un secolo gli psichiatri hanno diagnosticato nella gente delle deviazioni, delle perversioni, delle psicopatie ed hanno collaborato con gli organismi coercitivi della società a perseguire e a punire le persone a cui avevano dato questi marchi."

Espressioni come "il sesso è un problema sanitario" e "il sesso è una componente della salute" ricorrono spesso **nelle** tirate della Calderone." Ma quando si tratta di spiegare in che cosa dovrebbe consistere il sesso, che cosa bisognerebbe insegnare e che cosa bisognerebbe consigliare di fare e di non fare ai giovani, allora la Calderone rivela tutta la sua ipocrisia e il suo imbarazzo. In un'occasione dichiara di "non proporre certo di diffondere... tra gli adolescenti informazioni sui contraccettivi" — e cioè, nemmeno a persone adulte di diciotto o diciannove anni. In un'altra sostiene che "il problema di cui si occupa l'educazione sessuale è incontestabilmente l'autodeterminazione sessuale" e si pronuncia nettamente a favore di una risoluzione **dell'Organizzazione** Sanitaria Mondiale del 1974 secondo cui "ogni individuo ha il diritto di ricevere adeguate informazioni in materia sessuale..." Le prese di posizione della Calderone sono continuamente attraversate da questo tipo di **incongruenza**.

La ragione che spinge la Calderone a combattere questa sua crociata — per imporre alla gente una definizione terapeutica della "libertà" sessuale — va cercata nei suoi **affari**. In ogni caso, quando propina alla gente le sue teorie, sarebbe stupido dimenticarsene. Quello che la spinge, afferma, sarebbe il desiderio di costruire per le generazioni a venire un mondo sessualmente **piú** sano. "Che tipo di

sessualità vorremmo che avessero i nostri figli, i nostri nipoti e i nostri pronipoti?" si chiede. E a questa domanda dà una risposta rivelatrice: "Vorremmo che non fosse: furtiva, subdola, carica di sensi di colpa, sofferta, coercitiva, priva di piacere. In altre parole, non come la nostra!"³⁰ E qui, c'è da chiedersi se il disprezzo della Calderone è rivolto contro se stessa, contro il suo pubblico, o contro tutti e due. Se la sua sessualità è subdola, carica di sensi di colpa e senza piacere, come confessa lei stessa con tanta prosopopea, perché mai dovremmo accettarla come esperta di sesso? È se non lo è, perché mai dovremmo crederle?

Uno dei fatti piú impressionanti e rivelatori a proposito di questa madre fondatrice dell'educazione sessuale moderna è che Mary Calderone è contraria a dare dei **contraccettivi**, o anche solo delle informazioni sulla contraccezione, agli adolescenti, vale a dire, anche a persone di diciotto o di diciannove anni!" Così purtroppo essa è un vero e proprio simbolo del moderno educatore sessuale di impostazione medica, il quale, nascondendosi dietro le scienze naturali e il permissivismo liberale, mira in realtà a impedire ai giovani di conoscere la verità. Mary Breasted, autrice di una esposizione demolitrice delle attività del SIECUS e dell'educazione sessuale in genere, afferma che "Mary Calderone e altri non intendono dire la verità su niente al di fuori dei problemi strettamente biologici". Ma in realtà, insegnare **nozioni di** carattere rigorosamente biologico è proprio l'ultima delle preoccupazioni della Calderone. Quello che in realtà essa vuole fare è promuovere la religione della nuova sessuologia psichiatrica: "C'è mancato poco", scrive la Breasted, "che la Calderone mi dicesse che il suo scopo era la 'salute sessuale' dell'America. Ed è andata proprio cosí; ed è proprio per questo che nelle scuole è stata introdotta l'educazione sessuale."³¹

Finché gli insegnanti di educazione sessuale riusciranno a spacciarsi per apostoli della "salute sessuale", riusciranno anche a far passare i loro avversari per dei pazzi bigotti. "L'educazione sessuale", dichiara la Calderone,

"è il migliore argomento che la destra abbia scoperto negli ultimi anni, e lo sta sfruttando in ogni modo." Poiché le principali organizzazioni mediche ed educative sostengono incondizionatamente l'educazione sessuale, non desta sorpresa il fatto che i suoi avversari vengano liquidati definendoli pazzi e malati.

Questa tattica mette in luce uno degli aspetti piii discutibili dell'educazione sessuale, che la maggioranza dei suoi avversari sembra aver dimenticato: il suo stretto rapporto con la psichiatria. Questo rapporto tra psichiatria ed educazione sessuale è deplorabile, innanzitutto perché contribuisce a dare l'impressione che chiunque si opponga ai valori sessuali sostenuti dagli insegnanti di educazione sessuale sia in realtà contrario alla salute mentale e alla scienza: e da qui c'è solo un piccolo passo da compiere per mettere in dubbio l'equilibrio psichico di questi oppositori; in secondo luogo, perché, se si fa dell'educazione sessuale un problema psichiatrico, si contribuisce a indebolire la legittimità medica della psichiatria e le sue già malferme basi economiche e sociali. Di tutte le specializzazioni della medicina, la psichiatria è l'unica intrinsecamente votata a etichettare la gente con giudizi morali, facendoli passare per diagnosi, ed a rinchiuderla con la scusa di curarla. Affidare i problemi del sesso a questa sfera professionale è un indice dell'insopprimibile desiderio della società in cui viviamo di marchiare e di sopprimere gli interessi e le attività sessuali, e per di piii di farlo con il pretesto di una gestione medica.

E ci potremmo anche chiedere: perché mai l'educazione sessuale nelle scuole deve essere un'iniziativa così corrotta dal punto di vista sia intellettuale sia morale? Perché non si può insegnare agli studenti, in modo semplice e chiaro, come la gente si moltiplica, proprio come si insegna loro in modo semplice e chiaro come si moltiplicano i numeri? Le risposte a queste domande sono molto semplici.

Innanzitutto, non ci potrà mai essere un'autentica edu-

cazione sessuale **finché** la si chiamerà con questo nome. L'aritmetica non si chiama educazione bancaria o educazione speculativa, e non la si insegna con l'intenzione di preparare gli studenti a diventare dei banchieri o degli speculatori. Si potrebbero insegnare agli studenti i fatti (e le ipotesi più probabili) sull'anatomia e la fisiologia degli organi sessuali dell'uomo, sulla contraccezione e l'aborto, e così via. Ma, come abbiamo visto, gli insegnanti di educazione sessuale non vogliono fornire delle nozioni: vogliono esercitare un'*influenza*.

In secondo luogo, l'educazione sessuale è destinata ad essere un'iniziativa corrotta **finché** continuerà a venir insegnata in un sistema scolastico come quello attuale. Siccome il sistema delle scuole pubbliche è un'istituzione finanziata con il denaro dell'erario e dispone di sottili capacità coercitive sia sui genitori che sui ragazzi, in esso è insito il pericolo di politicizzare tutto quello che tocca. Il rischio di un'istruzione corruttrice di questo tipo aumenta, quanto più si passa dalle scienze naturali *hard* alle scienze sociali *soft*. Quando si tratta poi di educazione sessuale, questo rischio diventa reale. Il problema fondamentale dell'educazione sessuale nelle scuole pubbliche sta nel fatto che essa sostituisce alla biologia ed **all'etica** una specifica ideologia sessuale. Il fatto che l'ideologia sessuale **così** propalata urti la sensibilità di molte persone non fa che complicare ulteriormente le cose. Anche Mary Breasted ci offre una descrizione demolitrice dell'educazione sessuale nel sistema scolastico pubblico. Essa, come fa rilevare Ralph Raico, non arriva però mai a pensare "che l'esistenza stessa di una polemica a proposito dell'educazione sessuali derivi dal fatto che a controllare e a far funzionare le scuole sia il governo". Invece, proprio da questo fatto Raico ricava in modo incontestabile una conclusione, la cui importanza va molto al di là della polemica a proposito di quello che gli insegnanti spiegano ai ragazzi in materia di sesso — cioè, che il fatto che a controllare le scuole sia il governo trasforma "quella che altrimenti sarebbe una **sem-**

plice questione culturale (analoga al problema se le donne possano indossare le minigonne o se sia lecito fare l'amore di gruppo) in una questione politica in cui gli opposti schieramenti si contendono il controllo dell'apparato statale".³⁵

Così, è proprio per il fatto che l'educazione sessuale **nelle** scuole pubbliche costituisce inevitabilmente un problema politico, che i suoi fautori sentono la necessità di negarne le implicazioni morali, per sostenere esclusivamente le pretese di ordine medico.

L'educazione sessuale (per i medici)

L'educazione sessuale fa ormai parte integrante del corso di studi delle facoltà di medicina americane. Nel gennaio del 1978, in California, è entrata in vigore una legge statale che rende obbligatorio l'insegnamento della sessualità umana per tutti i nuovi medici e chirurghi che vogliono il riconoscimento del loro titolo di studio.' La legge ha suscitato subito roventi polemiche su quale tipo di preparazione in campo sessuale fosse necessaria ai medici. La cosa non deve sorprendere: le iniziative che oggi vengono presentate sotto la veste di educazione sessuale **ripropongono** le stesse idiozie che sono state **diffuse** per molto tempo, nel campo della salute mentale e della psichiatria. L'affinità tra queste due discipline non è affatto una semplice coincidenza: spesso, a insegnarle, sono le stesse persone.

Ovviamente, non tutte le cose che vengono insegnate agli studenti di medicina in questo campo sono inutili o nocive. **Alcune** possono essere pienamente giustificate. In genere, una facoltà di medicina prevede un unico corso di sessualità umana, che abbraccia la biologia sessuale, il comportamento sessuale normale e anormale, lo sviluppo **psicosessuale**, i disturbi sessuali e il loro trattamento.' Però, attraverso questi programmi, vengono introdotte nel corso di studi in medicina delle materie di tipo alquanto diverso. I materiali didattici includono filmati e diapositive che, se fossero proiettati al di fuori di una facoltà di medicina, verrebbero considerati pornografici e forse anche illegali. I me-

odi didattici comprendono sistemi che mirano a "impressionare" e a "riprogrammare" gli studenti, e ad ampliare il **gruppo** a cui sono destinati, con l'ammissione al corso anche di non studenti. Poiché la proiezione di filmati pornografici costituisce un aspetto molto rilevante dell'educazione sessuale impartita nelle facoltà di medicina, l'argomento merita una trattazione specifica.

Secondo un articolo comparso su "Medical World News" nel 1975 — accompagnato dall'immagine di una coppia nuda commentata dalla didascalia "Anche lei prova piacere": un simbolo impressionante della volgarità sessista che pervade l'intera sessuologia medica — "nella maggior parte delle facoltà di medicina dei nostri giorni i **filmati** erotici coprono una parte consistente dell'insegnamento.' Quali sono le finalità dichiarate della proiezione di filmati di questo genere agli studenti di medicina? Fornire una conoscenza non solo nozionistica, ma anche diretta, rispondono gli esperti:

Gli studenti stanno comodamente seduti in una sala con molti schermi tutt'intorno. È stato loro spiegato che la proiezione sarà seguita da una breve discussione collettiva. Le luci si spengono, comincia a diffondersi una musica registrata e contemporaneamente sugli schermi appare una serie incredibile di comportamenti sessuali: rapporti eterosessuali in varie posizioni, fellatio, cunnilingus, rapporti omosessuali, masturbazione, sadomasochismo.'

L'idea di *far vedere* qualcosa agli studenti di medicina ha ovviamente affascinato gli insegnanti di educazione sessuale, offrendo loro la possibilità di presentarsi alla stessa stregua di tutti gli altri studiosi e insegnanti di medicina. I patologi fanno vedere agli studenti delle lesioni, i microbiologi dei batteri, i radiologi delle lastre radiografiche... e i sessuologi dei film pornografici: "La pornografia si è rivelata della massima utilità in queste proiezioni su **più** schermi (chiamate anche 'Fottirama'), che passano in rassegna un ampio arco di comportamenti sessuali con una proiezione multipla di filmati del tutto privi di aspetti emotivi o di rapporti interpersonali di altro genere."⁵

Gli insegnanti di educazione sessuale sostengono che la proiezione di questi filmati nelle facoltà di medicina costituisce un'attività didattica specifica, denominata **Ri-strutturazione** delle attitudini sessuali (Sex Attitude **Re**-structuring, abbreviata in **SAR**).⁶ Si sostiene che questa pratica eserciti sugli studenti un effetto terapeutico, permettendo loro di essere più oggettivi nei confronti dei problemi sessuali legati al loro rapporto con i genitori. Sostenere che questi filmati abbiano dei benefici effetti **terapeutici** è una vera e propria ipocrisia, come dimostra questa deposizione rilasciata nel **1977** in Florida, nel corso di un processo per commercio di filmati ritenuti osceni nella città di Atlanta.

Il processo verteva su una serie di filmati intitolati **I ragazzi di David**, "cinque bobine che mostravano dei giovani attivamente impegnati nei tre modi più comuni di rapporto omosessuale, e in un quarto, assai meno conosciuto". Il Pubblico Ministero sosteneva che questi filmati erano osceni. La Difesa invece, asserendo che erano usati a scopi "terapeutici", lo negava. Chiamato a deporre come testimone a discarico, il dottor **Jay Mann**, un **sessuologo-psicologo**, spiegò alla giuria il valore dei filmati in questo modo: "Come l'aspirina cura il mal di testa e la penicillina l'influenza, cosf, anche una dose di pornografia può fare dei miracoli nella cura di disturbi di carattere sessuale... Questi filmati possono venir utilizzati per migliorare la salute **sessuale**." Ma il dottor Victor Cline, un esperto chiamato a deporre **dall'accusa**, sostenne che questi filmati erano "insani sia dal punto di vista medico che psicologico". Sostenne che le sole persone che si dedicassero ad attività come quelle rappresentate in quei film erano "psicotici o persone **affette** da disturbi mentali". Inoltre, aggiunse Cline, quei film non erano soltanto "insani", ma potevano anche provocare "insania": "Molti stupratori e molestatore di bambini affermano di aver cercato soltanto di ripetere quello che avevano visto in un film **pornografico**".

co... Le scimmie copiano quello che vedono. Questa forma di imitazione costituisce un pericolo reale."¹¹

Sia la Difesa sia la Pubblica Accusa si appellavano a ragioni non di ordine morale, ma medico. Se i filmati fossero stati "sani" o "terapeutici", per loro non sarebbero stati osceni o illegali; ma siccome erano "insani" o "patogeni", allora erano anche osceni e illegali."

In realtà, l'impiego di filmati pornografici nell'educazione sessuale impartita nelle facoltà di medicina — istituzioni che dovrebbero mantenere un certo livello di dignità accademica — è discutibile per diversi motivi. Ho già accennato alle ragioni morali di questa avversione. Ma si tratta di un uso che disapprovo anche per ragioni di ordine estetico, perché questi film sviliscono il sesso e proiettarli nelle facoltà di medicina dequalifica l'insegnamento medico. Infine, questo sistema è contestabile per ragioni piú propriamente scientifiche, in quanto in genere i film pornografici offrono un'immagine assai imprecisa delle attività sessuali tra gli esseri umani.

Un film pornografico, per lo piú, ritrae una persona che ne eccita sessualmente un'altra "coprendola" di stimoli sessuali, fino a che il partner non raggiunga l'iaculazione o l'orgasmo. Talvolta l'azione è reciproca. In ogni caso, l'azione imita la pratica del somministrare o ricevere un clistere: dove un'efficiente frizione erotica (genitale) sta al posto dell'acqua, gli organi e gli orifizi sessuali stanno al posto del retto, e la scarica sessuale (l'iaculazione o l'orgasmo) raffigura l'evacuazione delle feci. Uno dei modi per rappresentare questa concezione del sesso è quello di far vedere una persona già dotata di esperienza sessuale (un adulto) che pratica a una persona priva di esperienza sessuale (un bambino) questo "clistere sessuale". Un altro modo è quello di mostrare un uomo e una donna che si

* Uno dei giurati non fu convinto da questa metafora medica. (Forse perché sapeva anche lui che la penicillina è inefficace contro l'influenza.) Invece di trovare quel film terapeutico, lo trovava intossicante: "Un uomo ha storto la testa con disgusto per non guardare lo schermo cinematografico del tribunale, fino a che il giudice distrettuale, William Terrel Hodges, lo ha ammonito perché guardasse anche lui."¹²

praticano il clistere sessuale a vicenda: usando cioè i loro partners come fonti di eccitazione sessuale di cui si caricano fino al raggiungimento di uno o **più** orgasmi. Il risultato è un totale impoverimento del **più** intimo degli atti dell'uomo, che trasforma l'attività sessuale tra esseri umani in una prestazione animale, in cui un buon orgasmo non è niente di **più** di una buona scarica intestinale.

Resta comunque il fatto che a molti questi film pornografici interessano e piacciono. Sembra del tutto ovvio che ciò non accade perché li trovano educativi, ma perché si sentono sessualmente eccitati. Però, poiché tutte le attività umane (come il loro contesto sociale) hanno un significato, questi film debbono pur insegnare qualcosa; e per noi è importante riuscire a capire di che cosa si tratti. **Innanzitutto**, essi insegnano che fare del sesso e farlo nel modo indicato "fa molto bene": è il film stesso — ma soprattutto il fatto che venga proiettato e il luogo in cui viene proiettato — ad autorizzare gli spettatori a ripetere le azioni rappresentate. Gli insegnanti di educazione sessuale spesso riconoscono che questo costituisce effettivamente lo scopo principale per cui proiettano film del genere. In secondo luogo, i **film** pornografici insegnano allo spettatore che chi effettua la stimolazione sessuale, sullo schermo, è una persona sessualmente efficiente: un "insegnante" o un "terapista"; e che la persona che viene eccitata è un partner **ricettivo**: uno "studente" o un "paziente". (In questo caso l'**accostamento** tra educazione e terapia va interpretato letteralmente, perché si tratta di una componente essenziale, anche se lasciata nel vago, delle finalità dell'educazione sessuale.)

Oltre ad utilizzare e a proiettare dei film pornografici, gli organizzatori di corsi di educazione sessuale per studenti di medicina hanno introdotto un altro sistema didattico: quello di far partecipare al corso anche il partner sessuale dello studente. Secondo **Herbert E. Vandervoort**, direttore del corso di sessualità umana dell'**Università** di California di San Francisco, ci si basa sul presupposto che

questa esperienza comune contribuirà a migliorare il rapporto sessuale della coppia, aumentando quindi il grado di familiarità dello studente con il sesso". È, questo, un elemento tipico dello stile sessuologico consolidatosi in dogma medico-educativo. Per esempio, il corso di sessualità umana della facoltà di medicina dell'Università del Minnesota propone lo stesso tipo di addestramento e ne dà le stesse giustificazioni: "Ad ogni seminario partecipano contemporaneamente 80 persone, compresa l'altra metà' (moglie, fidanzata o amica) dello studente o dell'esperto. Comodamente distesi su un enorme cuscino, essi guardano dei filmati... Su una parete di un locale dell'università vengono proiettati contemporaneamente almeno sei film esplicitamente sessuali con diffusione ad alto volume di una violenta musica rock."¹⁴ L'obiettivo di questo corso, finanziato anche dal Capitolo di Minneapolis della Chiesa luterana d'America, è quello di "ridurre le reazioni emotive dei partecipanti di fronte al sesso..."¹⁵

Coinvolgere nei programmi di educazione sessuale anche i partners degli studenti di medicina (o presunti partners sessuali, dato che difficilmente l'istruttore potrebbe accertare chi essi siano veramente) costituisce una violazione della vita privata di entrambe queste persone. Ma questa pratica si fonda anche sulla premessa decisamente discutibile che l'insegnante di educazione sessuale sia sessualmente piú esperto degli studenti a dei loro partners.*

Una delle pretese piú care agli insegnanti di educazione sessuale è che i loro sistemi — soprattutto la proiezione di filmati che spaziano sulle varie forme di attività sessuale — costituirebbero una "smitizzazione e una normalizzazione del sesso". Può essere che questo tipo di insegnamento renda gli studenti meno inclini a dare im-

* Un'indagine sullo stile di vita dei medici, effettuata da "Medical Economics" nel 1979, ha messo in luce che i medici hanno i "rapporti sessuali piú insoddisfacenti" (31 per cento degli intervistati). Anche gli psichiatri erano ai primi posti nella lista degli specialisti con problemi provocati da "avventure extraconiugali del medico", da "avventure extraconiugali delle mogli" e dall'"abitudine di bere alcolici".¹⁶

portanza ai valori sessuali tradizionali e ad esserne condizionati. Comunque sia, che si tratti di un obiettivo **condivisibile** dell'insegnamento della medicina è cosa contestabile. In ogni caso è assurdo definire questo tipo di attività una "smitizzazione"; perché è il suo esatto contrario. Proprio come l'educazione alla salute mentale, o quella sulle droghe, anche l'educazione sessuale è una gigantesca fabbrica di miti, con motivazioni di ordine economico, ideologico e politico. In realtà, l'educazione sessuale si fonda su un sistematico travisamento dei giudizi morali sulle pratiche sessuali, per trasformarle in malattie o in cure sessuali. Questo travisamento comincia già con una deformazione linguistica: per esempio, i film pornografici usati nei corsi di educazione sessuale delle facoltà di medicina vengono chiamati "grafici" o "trasmissioni sessuali esplicite".¹⁸

Nel 1971, la prestigiosa Fondazione Josiah Macy Jr. ha promosso, pubblicandone in seguito gli atti, una Conferenza Macy sul controllo delle nascite, la demografia e la sessualità umana nella formazione medica." Questa pubblicazione, curata dal Decano Emerito della facoltà di medicina di Yale, presenta e valorizza quanto c'è di meglio nel campo dell'educazione sessuale medica. In essa, John W. Money, docente di psicologia medica alla Facoltà di Medicina della Johns Hopkins, nonché uno dei principali sessuologi americani, scrive:

Come sussidio didattico, un paio di film, che mostrino l'uno tecniche erotiche rozze e l'altro tecniche raffinate, possono rivelarsi di grande utilità nella cura del disadattamento copulatorio tra due partners, ivi comprendendo l'attività sessuale di troppo breve durata e quella priva di partecipazione, gli orgasmi simulati, l'eiaculazione precoce e l'impotenza. Attualmente, la fonte principale di questo tipo di film è costituita dal mercato pornografico. Per questo essi non insegnano esattamente quello che sarebbe necessario, in modo calibrato rispetto alla diagnosi di ogni singola coppia di pazienti, come succedrebbe invece se fosse possibile far produrre questi **film** a dei professionisti che lavorassero per il mercato ufficiale attraverso regolari canali di **distribuzione**.²⁰

Sia per gli studenti di medicina sia per i pazienti, l'obiettivo è quello di imparare a eseguire nel **modo giusto**

Fatto sessuale: "Il prossimo passo nella storia della medicina del sesso sarà probabilmente costituito dall'impiego del video-tape per registrare gli errori compiuti nel corso della prestazione sessuale da quelle coppie il cui matrimonio rischia di fallire per ragioni di ordine sessuale. Se avessero a disposizione una registrazione effettiva, queste coppie potrebbero confrontare il loro comportamento reciprocamente inadeguato con quello dei modelli del filmato dimostrativo."¹ In tutta questa faccenda Money è tremendamente serio e abbastanza privo di humour, al punto di non fare nemmeno la minima allusione al fatto che alcune persone o alcune coppie potrebbero anche desiderare che il loro matrimonio finisca, che potrebbero attribuire questo fallimento alla loro incompatibilità sessuale e che non c'è nessuna possibilità di scoprire una cosa del genere per conto di un altro... a meno che non sia proprio la coppia sposata a rivelarla. Ma sarebbe davvero troppo pretendere questo da Money, dato che, essendo uno psicologo, è persino piú propenso alla medicalizzazione del sesso di quanto lo siano gli psichiatri che cerca di imitare.

È al tempo stesso divertente e agghiacciante che la proposta conclusiva di Money sia quella di fondare un Istituto Nazionale del Sesso. E perché no? Abbiamo già degli Istituti Nazionali dell'Artrite, del Cancro e della Salute mentale. E siccome anche il sesso è una malattia, o se si vuole una cura, o meglio ancora, tutt'e due le cose, merita anch'esso un Istituto nazionale. Un istituto di questo tipo, sostiene Money, "sarebbe uno strumento di trasformazione sociale verso un atteggiamento nei confronti del sesso e del comportamento sessuale piú sano e pulito di quello che vige attualmente nella nostra società".²

La questione è ora dunque come riconoscere e individuare quello che dovrebbe essere un atteggiamento sano e pulito nei confronti del sesso. Ce lo diranno gli esperti: soprattutto John Money. Le sue idee in proposito sono state presentate con grande modestia e ammirevole candore nella sua deposizione a favore della Mature Enterprise

se Inc., chiamata in giudizio in un processo per pratiche oscene, per aver proiettato il film *Gola profonda*. Nella sua deposizione di fronte al Tribunale penale di Manhattan, nel gennaio del 1973, Money dichiarò sotto giuramento che assistere alla proiezione di *Gola profonda* "avrebbe potuto avere un 'effetto purificatore' sulla vita sessuale della gente". Secondo lui questo film aveva un valore sociale, perché assistere a degli atti di fellatio e di **cunnilingus** "poteva contribuire a superare inibizioni e blocchi mentali... Le coppie avrebbero provato un tale reciproco piacere che non si sarebbero più divise per andare a cercare il piacere con qualcun altro". L'interrogatorio non riuscì a incrinare la deposizione di Money. Rispondendo a una domanda rivolta dal sostituto procuratore distrettuale William O. Purcell, Money sostenne che meno di un quarto dell'1 per cento delle persone che avevano visto *Gola profonda* sarebbe tornato a vederlo "molte volte"; Money definì questi spettatori "cinemaniaci", o anormali del cinema, "vittime di un disturbo psicosessuale per cui traevano piacere sessuale dall'assistere a un film".

Purtroppo non sappiamo in che modo Money sia giunto alla conclusione che andare a rivedere parecchie volte *Gola profonda* è un sintomo di infermità mentale, mentre la ripetizione degli atti rappresentati in questo stesso film sarebbe invece un segno di salute mentale. E nemmeno ci è stato spiegato in che modo Money riesca a distinguere i "cinemaniaci" dai "cinefobi". Queste omissioni destano particolare stupore vista la sicurezza con cui Money riesce a individuare lo spettatore normale di film pornografici. "La gente normale", sosteneva, "dovrebbe essere 'sazia' di un film dichiaratamente sessuale dopo due o al massimo quattro ore di proiezione... Egli ritiene che l'80 per cento degli uomini, ma una percentuale ridotta di donne, 'in questa nostra società fondata sulla discriminazione sessuale' abbia raggiunto questo livello di sazietà.'"

Idiozie simili non erano più state insegnate nelle facoltà di medicina americane, né erano più state spacciate

per scienza e finanziate dal contribuente americano, dai tempi della **flebotomia** e della frenologia.

L'educazione sessuale medica moderna è pervasa da una ambivalenza e da una confusione profonda sulla questione di che cosa siano la "libertà sessuale" e i "crimini sessuali", come si può constatare dall'esistenza di insegnanti di educazione sessuale che propugnano la "libertà sessuale" ma si schierano a favore di una legislazione contro gli "psicopatici sessuali". Il libro dal titolo *Human Sexuality*,⁷ pubblicato dall'Associazione Medica Americana, mette vistosamente in evidenza questa fatale contraddizione dell'educazione sessuale di tipo medico.

Il valore della legislazione sugli "psicopatici sessuali", secondo gli autori di questo volume, "sta nel considerare lo psicopatico sessuale una persona inferma di mente, e non un criminale, e nel proporre una cura, e non una punizione... Le persone sessualmente devianti sono sicuramente malate, nel senso che sono prigionieri di modelli di comportamento che non sono in grado di tenere sotto controllo". Però, non esiste la minima prova del fatto che i "devianti sessuali" possano resistere alle loro inclinazioni e ai loro rituali erotici meno di quanto le persone che credono in una religione possano resistere alle loro scelte e ai loro rituali religiosi. Ovviamente, è proprio il fatto di catalogare certe persone come psicopatici sessuali che li fa apparire esattamente come questo termine li vuole far apparire; ed è proprio questa tendenza a screditare e a privare di ogni dignità umana le persone che praticano delle attività sessuali "devianti" quello a cui gli educatori del sesso non danno segno di voler rinunciare.

In *Human Sexuality* (1972) il Comitato per la Sessualità Umana dell'AMA si schiera a favore di una concezione delle "perversioni" e di una politica nei confronti dei "pervertiti" che rivelano tutto il puritanesimo e il paternalismo degli autori — e di quelle autorità che continuano a elargire, a rendere obbligatoria e a sostenere l'edu-

cazione sessuale medica negli Stati Uniti. Citando con incondizionato favore le opinioni di uno psichiatra che in passato era stato uno dei responsabili della reclusione psichiatrica di Ezra Pound,²⁹ gli autori di *Human Sexuality* dichiarano che "Molti dei trasgressori sessuali recidivi, soprattutto quelli che si dedicano alle cosiddette pratiche parafiliche ('pervertite'), come l'omosessualità... sono mentalmente anormali..." Questi autori invocano una reclusione a tempo indeterminato (definendola "segregazione") e il trattamento coercitivo di queste persone, aggiungendo che "in caso di fallimento della cura [i trasgressori sessuali] possono venir trattenuti in stato di reclusione"³¹ verosimilmente per tutta la vita.

Oggi abbiamo degli educatori sessuali che proclamano: "Nel sesso non esiste norma. Norma è il nome di una tizia che abita a Brooklyn."³² Altri, invece, continuano a sostenere che le devianze sessuali sono malattie mentali, le cui vittime devono essere recluse e curate in modo coatto." Ma nonostante queste lampanti contraddizioni, oggi l'educazione sessuale è diventata una componente molto considerata, ben finanziata e in continua espansione del corso di medicina.

Oggi non c'è uno solo medico americano che metta in discussione l'affermazione secondo cui i dottori non sono abbastanza preparati in materia di sesso. Gli esperti ripetono senza sosta che "i medici non hanno una formazione medica accademica sufficiente per trattare con i pazienti che presentano dei problemi sessuali", "che "i dottori non sanno pressoché nulla sul sesso", " e che "il personale sanitario non possiede una formazione tecnica e culturale adeguata, per poter dare dei consigli ai pazienti con problemi sessuali".*³³

* Anche se fosse vero che gli studenti di medicina e i medici non ne sanno e sufficienza sul sesso, da ciò non consegue che si debba insegnarne loro di più. I medici non ne sanno molto nemmeno di economia e di diritto. Si dovrebbero allora insegnare anche queste materie agli studenti in medicina? La risposta ovviamente è negativa, perché, in una società come la nostra, fondata sulla specializzazione, si sono persone, che non sono medici, in grado di insegnare economia e diritto. Analo-

Paradossalmente, piii si considera il sesso una questione medica, e piii la gente pretende che i medici siano degli esperti di sesso. Ma poiché si fonda su una premessa erronea, questa situazione potrà portare soltanto ad una crescente insoddisfazione dei pazienti nei confronti dell'**incapacità** dei medici di aiutarli a risolvere i loro problemi sessuali, e a un continuo aumento delle richieste di dare una piii ampia formazione sessuale ai medici. Questa è la ragione per cui, nonostante decenni di intensa educazione sessuale, dalla scuola elementare fino all'università, oggi assistiamo anche al boom dei corsi di perfezionamento in educazione sessuale per laureati. Si tratta per di piú di un affare, di cui il lettore normale probabilmente non sa gran che, dato che sia coloro che esercitano questa professione sia coloro che si rivolgono ad essa sono medici o personale specializzato in qualche campo connesso con la **sanità**.

Lo scopo dichiarato dei corsi di educazione sessuale per medici è quello di accrescere le loro conoscenze sulla sessualità umana, per metterli in grado di curare quei pazienti che si presentassero loro con disturbi sessuali. In realtà, la maggior parte dei medici segue dei corsi di educazione sessuale perché questo è un sistema molto facile per acquisire dei titoli nel campo della formazione permanente, titoli necessari per rinnovare le autorizzazioni degli uffici medici statali e degli uffici che rilasciano diplomi di specializzazione. Nel 1975, "Medical World News" pubblicò un articolo molto ampio sui "Corsi di **sessualità** umana per medici". Questo articolo enumerava — ma in realtà faceva loro pubblicità — diversi di questi corsi, che l'**Associazione** Medica Americana sanziona, riconoscendoli come titoli di "formazione permanente". Anche il governo

gamente, anche per insegnare i fatti del sesso, ci sono persone che non sono medici; per esempio, genitori, coetanei, amanti, poeti, **pornografi** e **prostitute**. Perché mai i medici dovrebbero mettersi in concorrenza o sostituirsi a loro? I moderni teorici dell'educazione sessuale evitano di porsi questa domanda, e per buone ragioni. Il semplice fatto di riconoscere questa presunta esigenza di un'educazione sessuale da parte dei medici — piú ancora che il metterla in discussione — **rappresenta** una minaccia per l'attuale tendenza a trasformare ogni cosa in un problema medico.

americano li ratifica — e il contribuente concorre a finanziarli — pagando per le istituzioni che li promuovono e garantendo a coloro che vi partecipano la detrazione delle spese di frequenza dall'imposta sui redditi. Per il periodo di sette mesi, tra il marzo e l'ottobre del 1975, l'articolo elencava quattordici di questi corsi. Qui ne presenterò solo alcuni, e anche questi solo in misura parziale, con la loro denominazione, la data e l'organizzazione promotrice, omettendo altre notizie irrilevanti ai fini di questo discorso.

LABORATORIO DI PERFEZIONAMENTO SULLA FUNZIONE E LE DISFUNZIONI SESSUALI UMANE

9-14 giugno, 18-23 agosto, 20-25 ottobre

Fondazione di ricerca sulla biologia riproduttiva, St. Louis (Reproductive Biology Research Foundation)

ARRICCHIMENTO SESSUALE PER MEDICI E COPPIE

18 giugno

Convenzione dell'AMA, Atlantic City.

LA SESSUALITÀ UMANA

26-27 luglio

Promosso dal Programma regionale di educazione permanente dell'AMA, Minneapolis, Minnesota.

I PROBLEMI SESSUALI NELLA VITA FAMILIARE

17-18 settembre

Università del Michigan, Ann Arbor.

Nel mio archivio conservo degli opuscoli di presentazione di questi e di molti altri corsi. Uno di essi, "Laboratorio di qualificazione sessuale", era stato promosso dall'università Americana e dall'Associazione degli Educatori e dei Consulenti sessuali (AASEC). Tra gli argomenti in esso trattati, troviamo "Modi correnti per consigliare omosessuali, travestiti e transessuali" e "Ricerca su pornografia e legislazione". Le tasse di iscrizione e i titoli per essere ammessi erano elencati in questo modo: "273 dollari: tre titoli di perfezionamento e/o un titolo per ottenere il

diploma di terapeuta sessuale AASEC autorizzato; 150 dollari: nessun titolo, socio AASEC; 160 dollari: nessun titolo, non socio AASEC."

Un altro era un corso su "Disfunzioni sessuali: Laboratorio di terapia sessuale", promosso, a **Filadelfia**, dal Dipartimento di Psichiatria della Temple University e dal Princeton Center e, a **Miami Beach**, dal Dipartimento di Medicina della Famiglia della Facoltà di Medicina dell'Università di **Miami** e dal Princeton Center. Il suo costo andava da 80 dollari per una sola giornata a 185 dollari per due giorni e una sera, **piú** le spese d'albergo.

Un seminario sul sesso **piii** promettente era invece quello proposto da "Tropical Trips", una società di San Pedro, in California, che lo organizzava a Puerto Vallarta, in Messico. La pubblicità lo presentava come "Laboratorio per professionisti sul trattamento comportamentale delle disfunzioni sessuali, 8 giorni-7 notti" al costo di 350 dollari per due, **pagabili** con il Bank Americard; questo corso **era** equiparato a venti ore ai fini del titolo di categoria 1 in Formazione medica permanente, *e* di venti ore ai fini del **titolo** di categoria **A** per il certificato di Formazione permanente in **psicologia**.

Un altro opuscolo pubblicizzava un "Laboratorio sulle tecniche di consulenza sessuale per personale sanitario", promosso da "The Travel Agents" di Los Angeles. Questo laboratorio (8 giorni-7 notti) al costo minimo di 670 dollari per due si doveva svolgere a bordo della *Song of Norway*, in crociera nei Caraibi.

Programmi sessuali di questo tipo sono organizzati negli Stati Uniti (e consistono per lo **piii** in sedute di indottrinamento sui metodi di Masters e Johnson* o di qualche altro detentore di un'elevata qualificazione sessuale) ma si

* Masters e Johnson sono tra i principali beneficiari di questa industria della formazione medica permanente, che oggi ha un fatturato di quattro miliardi di dollari all'anno.³⁸ Secondo Leonard Fenninger, vicepresidente dell'AMA per la formazione medica, "Alcuni programmi CME hanno un prezzo esorbitante, mentre altri non servono assolutamente a migliorare le prestazioni dei medici. Non esistono prove del fatto che la formazione permanente migliori il trattamento dei pazienti, o che abbia un rapporto preciso con la competenza o con le capacità dei medici".

tengono anche in luoghi di villeggiatura o a bordo di navi in crociera (e in questi casi si tratta **piú** che altro di una vacanza, abbinata a programmi pornografici, talvolta arricchiti da occasioni di giochi sessuali di gruppo). Il fatto che con questo genere di cose si ottengano dei titoli professionali getta un'ombra di discredito **sull'Associazione Medica Americana** e sulla comunità medica degli Stati Uniti. Ma autorizzare delle detrazioni di imposta per le spese che comportano trasforma dei normali cittadini- americani non professionisti in parassiti.

Esiste poi un altro tipo di perfezionamento in educazione sessuale, che merita un attento esame: quello che si compie attraverso libri, diapositive e filmati — i cosiddetti sussidi audiovisivi — disponibili solo agli addetti ai lavori.

Nel 1974 i giornali diedero un certo rilievo alla riunione annuale **dell'Associazione Psichiatrica Americana**. In una grande fotografia compariva un gruppo di uomini che guardava un documentario. Il titolo diceva: "Materiali sessuali — visione limitata ai soli membri **dell'APA**." La didascalia spiegava:

Rx per il sesso

Un filmato a colori in cui si vede una coppia che fa l'amore ha spinto questi medici a fare pigia pigia durante la riunione **dell'Associazione Psichiatrica Americana**. Il documentario che ha avuto maggior successo durante questa riunione è un filmato intitolato "Materiale audiovisivo terapeutico per professionisti" ed è dotato di una colonna sonora clinica che spiega quello che si vede. È in vendita solo ai gruppi professionali e costa da 95 a 265 **dollari**.*⁴⁰

* Agli psicologi non piace venir scavalcati dagli psichiatri. Cosí la conferenza annuale **dell'Associazione Psicologica Americana** del 1974 offriva ai partecipanti degli spettacoli come questo: nella zona riservata agli spettacoli di questa conferenza annuale, a **New Orleans**, l'attrazione **principale** era costituita da film sul sesso del tipo **Come si fa**. Nel padiglione della **EDCOA Productions** una vera e propria folla riempiva una sala senza posti a sedere, per guardare con **occhio clinico** un piccolo **schermo televisivo** dove una giovane coppia dava una dimostrazione [per usare le parole **dell'opuscolo dell'EDCOA**] di "una serie di esercizi di fronte alla macchina da presa, che culminavano con una penetrazione in cui la donna stava sopra l'uomo". Una **serie** di diapositive (proiettate su uno **schermo** ancora **piú** piccolo) intitolata **Rilassati e divertiti** (una **proiezione** di otto minuti) faceva "vedere una giovane donna di **bell'aspetto** mentre si masturba **fino** a raggiungere l'orgasmo, **toccandosi** i genitali con le dita"?

Una rivista medica, "Sexual Medicine Today", pubblicò alcune inserzioni pubblicitarie di questi filmati **presentandoli** come "sussidi per le terapie sessuali". Una ditta offriva dei "Programmi filmati di terapia sessuale... studiati per aiutarvi a dar consigli ai vostri pazienti in modo facile e senza imbarazzo. Come complemento di una terapia sessuale, questi filmati a colori molto espliciti possono essere di aiuto alla vostra attività medica..."⁴²

Il distributore di questi programmi, la Professional Research Incorporated, offre gratis un proiettore e due filmati ai medici che effettuano le loro ordinazioni formando, a carico del destinatario, un certo **numero** telefonico.

Il Multi Media Resource Center di San Francisco offre anch'esso merce di questo tipo, esaurientemente presentata come supplemento ad un articolo sulla cura **dell'ejaculazione precoce**. Per uno di questi filmati, intitolato *L'erogenista*, a colori e con colonna sonora, viene fatto questo tipo di pubblicità: "Un uomo fa vedere come massaggiare il corpo di una **donna**. Una particolare attenzione è dedicata alla zona dei genitali della donna. Questo film è molto utile per dimostrare come una coppia possa imparare insieme ad avere un rapporto molto intimo, senza arrivare al rapporto sessuale completo." Come complemento **all'Erogenista** viene offerto un altro film, intitolato Dare e ricevere. Qui, "una donna massaggia un uomo, prestando particolare attenzione alla zona genitale fino a procurargli un'erezione. La coppia, formata da persone che hanno superato la trentina, si sposta poi su un materasso ad acqua per carezzarsi reciprocamente; il filmato si conclude con un **rapporto sessuale completo**".⁴³ Se le sale cinematografiche proiettassero **films** del genere, sarebbero accusate di oscenità; ma per i terapeuti del sesso mostrarli ai loro pazienti fa parte del trattamento.

La pornografia confezionata in termini clinici ed etichettata con la scritta "solo per professionisti" è una grossa industria. Le caratteristiche delle merci in vendita sono ben illustrate dalla loro pubblicità. Per esempio, un "**Catalo-**

go dei filmati", distribuiti dal "Centro Ricerche Coniugali e Sessuali" di **Long Beach**, in California, offre prodotti come "Esame sessuologico della donna... Il filmato presenta un procedimento non medico, incentrato sulla percezione, la sensibilità e la risposta dei genitali femminili.." È a colori e con colonna sonora, e lo si può affittare per 65 dollari, oppure comperare per 395. Gli altri filmati hanno titoli come Esame sessuologico dell'uomo, Carezze manuali, Carezze con il viso e Carezze con il corpo. Uno si intitola Masturbazione della donna, e viene presentato in questi termini: "Il film ritrae una donna che stimola e carezza con le mani varie parti del proprio corpo, compresi i propri genitali, mentre si guarda in uno specchio. Poi prova alcuni vibratorii e alla fine emette dei gemiti forti e chiari mentre raggiunge l'orgasmo." Anch'esso a colori e con colonna sonora, il film si può affittare per 60 dollari e comperare per 275.

Un altro film ancora, intitolato Divertimento, presenta "Una coppia che ha un rapporto sessuale completo su un materasso ad acqua. Il film li fa vedere mentre si divertono, prima e durante il rapporto, con giochi sessuali e risolini". La pellicola è in bianco e nero e si affitta per 75 dollari e si compra per 395.

Ecco ancora un altro esempio — volgare ma significativo — di cosa si fa passare per educazione sessuale nei corsi di perfezionamento. Arriva per posta, come gran parte del materiale, proibito ai profani, che i medici possono invece ricevere solo grazie alla loro condizione professionale. Si tratta di un opuscolo distribuito da uno dei più vecchi e prestigiosi editori medici degli Stati Uniti, la William & Wilkins Company di Baltimora, nel **Maryland**." Contiene un dépliant di quattro pagine, su carta blu pastello (in contrasto con il bianco dei figli volanti in esso raccolti) che offre una serie di diapositive o un filmino su un rapporto sessuale completo (abbreviato in RSC); si può comprare per soli 75 dollari, Per una cifra leggermente superiore, 180 dollari per la precisione, si può avere la stessa cosa su pellicola a colori e con colonna sonora. Ma a chi non interes-

sasse il rapporto sessuale completo, viene offerto anche un filmato, a colori e con colonna sonora, di una masturbazione reciproca. Ma la si chiama Eccitazione manuale, abbreviata in EM, e la si descrive in questi termini: "Un film a colori e con colonna sonora che presenta gli atti spontanei di un uomo e di una donna che fanno godere il loro partner: durata, **11** minuti." Esiste poi una combinazione per cui è possibile acquistare i vari articoli separatamente, oppure comperare insieme l'EM e l'RSC "in pellicola da **18** mm a colori e con colonna sonora per soli **400** dollari". L'ultima pagina del dépliant sanziona questa **cerimonializzazione** medica della pornografia. "La distribuzione di questo programma", ci viene comunicato, è limitata solo ai "professionisti che si occupano attivamente di terapie, di consulenza, di formazione e/o ricerche... [e] alle facoltà di medicina, alle scuole di specializzazione, alle università, ai college, alle associazioni mediche, alle cliniche e alle scuole per infermieri accreditate".

È una volgare discriminazione. I produttori di automobili e gli architetti non possono riceverli. Eppure non è possibile effettuare un RSC o un EM se non si dispone di una stanza, o per lo meno di un'automobile. Sono esclusi anche i designers e i produttori di mobili. Ma l'RSC e l'EM richiedono una struttura operativa adeguata, su cui collocare gli organi e gli **orifizi** indispensabili.

Purtroppo tutta questa educazione sessuale non ha affatto fornito ai medici maggiori capacità nell'affrontare i disturbi sessuali dei loro pazienti. E nemmeno li ha resi **piú** esperti sulle questioni del sesso. Un'inchiesta effettuata nel **1979** — promossa dall'Accademia Americana dei Medici di Famiglia, a cui hanno aderito **900** professionisti — ha rivelato che il **2** per cento dei medici era convinto che la masturbazione provocasse dei "danni fisici"; il **3** per cento che li provocassero i rapporti orali o quelli extraconiugali; e il **23** per cento che li provocassero le pratiche omosessuali."

Ma se il valore formativo dell'educazione sessuale impartita nei corsi di perfezionamento è per lo meno dubbio, i suoi effetti sulla moralità del medico sono probabilmente deleteri. Tanto il contenuto del materiale ausiliario per l'educazione sessuale preparato per i medici quanto il contesto in cui viene diffuso favoriscono un allentamento della morale sessuale tradizionale, senza offrire al suo posto alcun criterio alternativo di condotta individuale. I risultati sono che, sotto la copertura di questa "medicina dell'amore", i casi di abuso sessuale sulle pazienti di sesso femminile da parte di medici maschi, che sono sempre stati un grosso problema nella storia della medicina, si sono moltiplicati e sicuramente vengono ora giustificati in modo molto **piú** accorto.

Ovviamente, è impossibile documentare se la frequenza di questi abusi sia aumentata nel corso degli ultimi dieci o vent'anni. Però, gli episodi sempre **piú** numerosi riportati dai giornali o dalla televisione in materia inducono a pensare che le cose stiano proprio **cosí**. La stampa ha raccolto una gran quantità di fatti del genere, verificatisi sia in America sia **nell'Europa** occidentale. In Germania è stata resa nota la vicenda di uno psichiatra di Torino, arrestato con una valigia piena di fotografie delle sue pazienti nude. Il medico si difese dalle accuse sostenendo che quelle fotografie servivano a "scopi terapeutici". Dopo aver fatto addormentare le sue pazienti con dei narcotici questo psichiatra si trasformava in porno-fotografo. E spiegava: "Mostravo queste fotografie alle mie pazienti per aiutarle a liberarsi dalle loro inibizioni."⁴⁶

Una seduta speciale della conferenza annuale dell'Associazione Medica Americana è stata dedicata proprio al tema delle "Trasgressioni sessuali tra medico e paziente". Tra i vari casi di cui si è parlato, sono da ricordare quello di uno psichiatra che praticava l'**elettroshock** ad una paziente con cui poi aveva dei rapporti sessuali durante lo stato di incoscienza; quello di un medico accusato di avere abusato di una paziente di sedici anni, che egli sosteneva essere **psi-**

cotica, mentre una prova al lie-detector aveva dimostrato che la ragazza diceva la verità; e quello di un medico scapolo che, trasformatosi in "servizio di inseminazione maschile", aveva disseminato diversi figli illegittimi tra le sue pazienti."

Gli oratori che discutevano di questi incidenti sostenevano che "l'attività sessuale tra medico e paziente deve essere considerata patologica". Ma è solo un bieca scappatoia. In realtà i **medici** che si comportano in questo modo hanno perso la morale, e non la testa. Non a caso nel dibattito intorno a questi soprusi sessuali si trascura il fatto che il medico ha violato un patto con il proprio paziente, **che** lo obbligava a prestare un determinato servizio, ovviamente non di tipo sessuale. Invece di riconoscere che quei medici si comportavano in modo immorale o illegale, gli oratori sfruttavano questi incidenti come un'ulteriore occasione per stravolgere un caso morale in un problema medico. Anche le trasgressioni diventano **così** un problema medico (o psichiatrico): "I medici che compiono tali azioni spesso sono **più** turbati e depressi, fino ad arrivare a volte al suicidio, di quanto lo siano le pazienti con cui intrattengono delle attività **sessuali**."⁴⁹ Queste osservazioni mettono i medici sotto accusa due volte: innanzitutto, come singoli individui, per aver sfruttato a proprio vantaggio le pazienti che si erano rivolte a loro; e in secondo luogo, collettivamente, per il fatto di sottrarsi alla responsabilità morale di giudicare coloro che compiono azioni simili dei colpevoli malfattori e non semplicemente dei pazzi irresponsabili.

Alcuni dei partecipanti a questo dibattito andarono anche **più** in là, con un'interpretazione che sta diventando sempre **più** di moda, e cioè che "ci potrebbero essere dei casi in cui le **avances** del terapeuta verso la paziente potrebbero avere un effetto terapeutico. Uno dei compiti del terapeuta [sostiene questo oratore] è quello di aiutare i pazienti ad avere stima di se stessi, e a liberarsi delle inibizioni e della repressione degli impulsi".

Il ritratto del medico-educatore sessuale (tra cui **an-**

novero anche gli psicologi clinici) che emerge da questo dibattito non è dei piiii confortanti. Un'indagine nazionale sugli psicologi abilitati, condotta nel 1977 utilizzando risposte scritte non firmate, ha rivelato che "piiii di uno psicologo di sesso maschile ogni venti aveva avuto dei rapporti sessuali con delle pazienti, e piiii di uno ogni dieci aveva ammesso altri tipi di contatto erotico".⁵¹ (Rapporti sessuali tra donne-psicologo e loro pazienti erano invece rari.) I terapeuti che avevano imboccato questa strada si giustificavano "dicendo che i rapporti sessuali contribuivano ad alleviare il senso di inferiorità e i dubbi sulla propria identità sessuale delle pazienti. Inoltre aiutavano le pazienti a comprendere la meccanica del rapporto sessuale".*⁵²

Gli psichiatri si comportano leggermente meglio — oppure peggio, a seconda del punto di vista. Secondo un'indagine del 1973, il dieci per cento degli psichiatri di sesso maschile aveva "ammesso di aver avuto dei rapporti erotici con le proprie pazienti, e nella metà dei casi si trattava di un rapporto completo". Queste rivelazioni, rese pubbliche alla conferenza annuale dell'Associazione Psichiatrica Americana del 1976, hanno dato la stura alle solite auto-justificazioni. "È possibile", affermava uno psichiatra, "che un giorno il sesso possa anche venir considerato vantaggioso per il paziente."⁵⁵

Quel giorno potrebbe essere piú vicino di quanto si pensi. Nel 1979, un'indagine condotta da Sheldon Kardeiner e Ivan Mensh, due psicologi dell'Università di California a Los Angeles, ha messo in luce che, su un campione di 460 medici, il 13 per cento "aveva ammesso di aver avu-

* Come accade nelle spiegazioni di tipo igienico delle pratiche alimentari religiose, anche le spiegazioni di tipo terapeutico di queste pratiche sessuali "per professionisti" si fanno vaghe di fronte ad alcuni fatti assai imbarazzanti. Una recente indagine condotta tra i membri dell'Associazione Psicologica Americana sui contatti sessuali tra gli insegnanti di psicologia (delle facoltà universitarie) ed i loro studenti, ha messo in luce il fatto che il 17 per cento delle donne interrogate aveva avuto durante il corso dei "contatti sessuali (stimolazione dei genitali o rapporti sessuali completi) con almeno uno dei loro insegnanti di psicologia". Quanto minore era il periodo trascorso dal conseguimento della laurea, tanto maggior era la probabilità che esse avessero avuto dei contatti sessuali con i loro insegnanti; il 25 per cento del totale delle donne laureate (da meno di sei anni) affermava di aver avuto dei contatti del genere con un insegnante".

to dei contatti erotici" con le proprie pazienti e il 19 per cento aveva **affermato** di "ritenerlo una cosa utile per le pazienti stesse".⁵⁶

Questa non è nient'altro che una bancarotta intellettuale, accompagnata da paralisi morale. La tesi secondo cui i contatti sessuali tra un medico di sesso maschile e una paziente di sesso femminile possono essere terapeutici per la paziente è stupida ed autogiustificatoria. Adoperarla per legittimare questo tipo di contatti sessuali è illogico e immorale. Le affermazioni e i giudizi sul problema dei medici che somministrano il sesso -- su ricetta, come di fatto succede -- dovrebbero caso mai rappresentare l'inizio di un discorso morale sull'argomento, e non la sua conclusione.

Il sesso e lo stato

L'errore degli educatori sessuali odierni consiste nel voler trattare l'essere umano alla stregua di un animale, dimenticando che in ultima analisi l'organo della sua sessualità non sono i genitali, ma la mente. Ma essi sono anche falsi, perché pretendono di essere degli scienziati obiettivi, valutativi, mentre in realtà sono dei moralisti, con dei valori ben precisi. Questa loro pretesa è l'esatta antitesi della scienza, il cui primo precetto è quello di dire la verità.

Poiché il comportamento sessuale dell'uomo è determinato dalla cultura, chiunque ne scriva dovrebbe farlo in una prospettiva etica e politica. Il mio credo è che il diritto di disporre di se stessi, sia dal punto di vista fisico che spirituale, sia un diritto fondamentale dell'uomo, e forse il **più** prezioso di tutti i diritti umani. Da questo punto di vista, le attività sessuali compiute da soli, o quelle compiute privatamente tra individui adulti consenzienti, sono, in termini politici, analoghe alle pratiche religiose.* Giudicare queste attività legittime o illegittime, e ancor **più** proibirle mediante le leggi penali (o quelle sulla salute mentale), non rientra nei compiti di uno stato di diritto. La cura e il controllo della vita sessuale dei bambini spetta ai loro genitori (o a chi ne fa le veci) e non dovrebbero essere **og-**

* Questa posizione non riduce minimamente il diritto, e in realtà il dovere, dei singoli individui e delle associazioni volontarie, di formarsi le proprie opinioni etiche ed estetiche sulle varie forme di attività sessuale dell'uomo.

getto della legge penale. I rapporti sessuali tra adulti e bambini al di sotto di una certa età dovrebbero essere illegali, ma il limite di età dipende dalle norme in vigore in ogni particolare comunità.

Oggi, non c'è più alcun bisogno di combattere l'influenza esercitata dalla Chiesa sulle credenze e sulle pratiche sessuali dell'Occidente nel corso della maggior parte degli ultimi duemila anni. Il dominio dei teologi sulla sessualità è stato in gran parte sostituito dal dominio dei terapisti. Ovviamente, i clinici sostengono, esattamente come facevano gli ecclesiastici, che il loro scopo non è quello di dominare o di costringere, ma solo quello di informare e di aiutare. Il loro comportamento, tuttavia, smentisce questa pretesa. Né il teologo né l'educatore sessuale si accontentano di fornire delle informazioni; entrambi intendono esercitare un controllo sul comportamento. E, come un tempo le posizioni teologiche sull'eroticismo avevano fatto nascere il sogno di una società sessualmente virtuosa e avevano fornito una giustificazione al controllo della religione sulla sessualità, così, ora, la prospettiva terapeutica sull'eroticismo fa nascere il sogno di una società sessualmente sana e fornisce una giustificazione al controllo medico sulla sessualità.*

Le opere degli educatori e dei terapisti del sesso moderni sono attraversate da una grave contraddizione che sconfinata in un vero e proprio inganno: mentre sembra che si schierino per la "liberazione sessuale", molti di loro in realtà non fanno che sostenere i metodi più efficaci di controllo sociale della sessualità umana. Per esempio, Robert Harper, da un lato, propone che "i genitori... incoraggino, contribuiscano e promuovano il gioco sessuale dei loro bambini in età pre-puberale", mentre, dall'altro, sostiene che "l'unica soluzione [al problema della popolazione] è quello di abolire il diritto di riprodursi... Immettere dei

* Per esempio, Masters e Johnson riconoscono che "una delle [loro] preoccupazioni principali era rappresentata dalla messa a punto delle motivazioni psicosociali che avrebbero giustificato il controllo terapeutico degli uomini e delle donne non coniugati, rinviati alla fondazione per un trattamento" (corsivo mio).'

contraccettivi di lunga durata negli acquedotti, nelle derivate alimentari o distribuire pillole da ingerire ogni tanto non è una soluzione così radicale né così inattuabile come potrebbe sembrare a prima vista.¹

Anche Robert Chartham, un noto sessuologo inglese, predica lo stesso tipo di principio della libertà sessuale e del controllo statale sul sesso: "Il sesso di gruppo", sostiene, "... costringe la copula ad uscire dai confini chiusi del rapporto tra un uomo e una donna, tra un marito e una moglie, dal matrimonio e dalla famiglia, per diventare una libera espressione della nostra natura fondamentale." Lo "scopo fondamentale e l'autentica base" dell'educazione sessuale proposta da Chartham sono quelli di rimuovere "le paure e i dubbi sulla bontà e sulla validità di tutte le manifestazioni sessuali di cui è capace il corpo umano". Per raggiungere tale ripugnante, ma per fortuna irraggiungibile obiettivo, Chartham propone questo programma: "Se mangiamo insieme, nuotiamo insieme, parliamo insieme di musica, di letteratura, di sport e di politica, se parliamo insieme anche di sesso, e lo pratichiamo alla luce del sole in compagnia di altri, non possiamo poi fare a meno di accettarlo come una funzione umana naturale e normale." Sembra che questi teorici dell'educazione sessuale non riescano a capire, o non si preoccupino affatto, di quelle che sono le premesse o le conseguenze politiche delle loro scelte: in altre parole, che una trasformazione radicale del sesso, che da un atto privato lo trasformi in un'attività pubblica, comporterebbe la fine della libertà e della dignità dell'individuo.

L'idea secondo cui una vita sessuale incondizionatamente libera potrebbe andare al passo con un'esistenza totalmente priva di libertà non è però sfuggita all'immaginazione di alcuni grandi scrittori. È proprio questo il tipo di società che Aldous Huxley descrive nel suo *Il mondo nuovo* (1932). La sostanza del monito di Huxley è molto semplice: la scienza e la tecnologia moderne possono essere imbrigliate per creare un mondo abitato da esseri umani ridotti alla condizione di schiavi felici. Ma non si tratta for-

se di un paradosso, di un'idea intrinsecamente contraddittoria? Come può una persona essere felice e non essere libera? Sembra che anche il Selvaggio (che parla con la voce di Huxley) la pensi così. La sua guida gli dice chiaro e tondo: "Spaventoso? **Loro** non lo pensano **affatto**. Anzi. **A** loro piace. È una cosa chiara, che capisce anche un bambino. Nessuna stanchezza mentale o muscolare. Sette ore e mezzo di lavoro leggero e non stancante, e poi la razione di **soma** e i giochi e i rapporti sessuali senza limiti e tutte quelle sensazioni. Che cosa potrebbero desiderare di **più?**"⁵

In una prefazione scritta nel 1946 per una nuova edizione di questo libro, Huxley accenna alla probabilità che i suoi timori per il futuro si awerino. Le sue osservazioni sembrano ancor **più** ineluttabili oggi di quanto lo fossero **più** di trent'anni fa, quando vennero fatte:

Neanche la promiscuità sessuale de *Il mondo nuovo* mi pare poi così lontana... *Quando si riduce la libertà economica e politica, la libertà sessuale tende ad aumentare per compensazione...* Insieme alla libertà di sognare ad occhi aperti sotto gli effetti della droga, del cinema e della radio, essa contribuirà a riconciliare i sudditi [del dittatore] con la schiavitù che costituisce il loro destino [i corsivi sono miei].⁶ .

Il mondo che Ira Levin adombra nel suo *The Perfect Day* assomiglia molto a *Il mondo nuovo* di Huxley. Anche nella sua "utopia", amministrata dai medici, i rapporti sessuali illimitati sono una pratica universale, che funziona come una specie di lobotomia.' Quello che cercano di dirci — e che ci hanno sempre detto — acuti scrittori come Huxley e la Levin è che gli esseri umani non sono né animali né macchine, e che quindi non vogliono essere trattati come se lo fossero. È un messaggio molto semplice, che però deve essere continuamente ripetuto, se non altro per opporsi al richiamo irresistibile di quei teorici dell'educazione sessuale le cui voci così disumanizzate io cercherò per concludere di far risentire ancora una volta.

Nel 1964 Alice Taylor Day, un'insigne teorica del con-

trollo delle nascite, elaborò queste previsioni-prescrizioni per il controllo della popolazione in America: "... uno di questi mezzi potrebbe essere la sterilizzazione obbligatoria dopo la nascita dei primi due figli; un altro potrebbe consistere nel permettere solo ad un ristretto numero di adulti di avere dei figli, sterilizzando tutti gli altri."⁸

Alan Guttmacher, un famoso ostetrico e ginecologo, che era stato tra i **piú** ascoltati propagandisti della "pillola", è anche un dichiarato sostenitore della coercizione statale per combattere la sovrappopolazione. "Ogni paese", afferma nel 1969, "dovrà decidere quale forma di **coercizione** adottare, stabilendo quando e in che modo ricorrervi. I mezzi oggi a disposizione sono la sterilizzazione e l'aborto obbligatori." E prevedeva che in un futuro non molto lontano "si sarebbe trovato un modo per imporre il controllo obbligatorio delle nascite".⁹

Il loro modo di esprimersi è, a tutti gli effetti, l'impronta che tutti coloro che si occupano dei problemi dell'umanità lasciano dietro di sé. E grazie a questo **ineliminabile** elemento di identificazione, possiamo capire di che genere di persone si tratti. **Mary** Calderone, questa Circe dell'educazione sessuale moderna, ci canta una canzone che, evidentemente, esercita una grossa seduzione su molte **persone**: "Se il genere **umano**, **cosí** come è oggi, è ormai obsoleto, con che cosa vogliamo sostituirlo, e in che modo dobbiamo progettare la linea di montaggio?... Questo, e non **altro**, è il vero problema con cui si scontrano coloro che si occupano di educazione sessuale."¹⁰

Quello di progettare la catena di montaggio **dell'uomo** e della donna nuovi, in effetti, è sempre stato il passatempo preferito dei tiranni e dei loro leccapiedi. **L'avversione** per questa passione era uno dei motivi ispiratori di **Vol-**

⁸ Manfred Guttmacher, gemello identico di Alan Guttmacher, e uno dei piú insigni psichiatri legali dopo la seconda guerra mondiale, era un ardente sostenitore del controllo coercitivo dei cosiddetti criminali sessuali. "Se si tiene conto della volontà della maggioranza", scriveva, "gran parte dei colpevoli di reati contro la pubblica decenza... dovrebbe venir privata per sempre della libertà e mantenuta a spese dello stato; e io sono decisamente di questa opinione."¹⁰

taire, che scriveva: "La teologia è per la religione quello che il veleno è per il cibo." Questa stessa ostilità sta alla base di questo libro e della mia tesi secondo cui, per parafrasare Voltaire, la sessuologia è rispetto alla sessualità **umana** quello che la **schiavitù** è rispetto alla libertà.

Ma la libertà esige responsabilità: nel nostro caso, la responsabilità di ciascuno **nell'affrontare** la propria natura sessuale; nel metterla in rapporto con l'immagine che ha di se stesso. Oggi come in futuro. E la responsabilità di costruirsi e di condurre, dalla giovinezza alla maturità, fino **alla** vecchiaia, una vita sessuale che sia veramente nostra.

Il sesso su ricetta

Tutti (tranne gli asceti) considerano un bene sia il sesso sia la conoscenza: com'è possibile, a questo punto, essere contrari all'educazione o alla terapia sessuali? Un umorista potrebbe rispondere: niente di più facile.

Nelle pagine precedenti ho addotto molte prove per dimostrare che l'educazione sessuale moderna è **un'impresa** fraudolenta e nociva, soprattutto perché i suoi teorici contrabbandano sistematicamente le loro convenzioni culturali e i loro precetti morali per fatti sanitari, e falsificano i fatti biologici e medici per adattarli alle aspettative della società. Esiste quindi una ragione empirica o pratica per opporsi all'educazione sessuale. Ma ce n'è anche un'altra, **più** astratta ma forse ancor **più** importante. Questa opposizione si fonda in parte sulla natura della vita umana, e in parte sulla natura dell'insegnamento e **dell'apprendimento**.

Il nostro destino umano esige che, per diventare uomini e donne, si debba padroneggiare una serie molto ampia e complessa di capacità. È questa la ragione per cui siamo dotati di un cervello molto grande, abbiamo bisogno di molto tempo per raggiungere la maturità e non possiamo mai smettere di imparare. Tra le tante cose che dobbiamo imparare ci sono anche il nostro comportamento sessuale e il modo di godere delle esperienze sessuali nostre e dei nostri partners. Alcuni ritengono che, poiché il sesso va **ap-**

preso, esso debba anche essere insegnato. Ma non si tratta di una conseguenza logica. Vi sono molte cose da apprendere che si possono imparare meglio — o semplicemente che si possono imparare — solo se ci è consentito di farlo nel modo, nel luogo e nel periodo che ci sono **più con-**soni. Tra queste cose, la sessualità occupa uno dei primi posti.

"Non si può vivere la vita al posto di un altro" è un detto popolare la cui verità è accettata come *owia* persino da coloro che non si mostrano molto interessati alla libertà. Ma perché le cose stanno **cosí**? Perché l'idea che ogni persona è un individuo, che deve poter costruire la propria vita, è profondamente radicata nello spirito moderno. Lo dimostra il profondo senso dell'individualità che la gente esprime nella scelta della propria occupazione, del proprio stile di vita, del colore della propria macchina e della lunghezza delle proprie unghie, negli hobbies e nella religione. E poiché tra le cose **piú** personali dell'essere umano vi sono proprio le preferenze e le pratiche sessuali, dire a qualcuno come deve comportarsi in questa sfera è, per lo meno in potenza, incompatibile con la possibilità che sia egli stesso a scoprire e a sviluppare il proprio stile nel comportamento sessuale.

C'è chi, sentendosi insicuro nei confronti del sesso, cerca un esperto che gli insegni cosa fare o che lo curi, esattamente come **c'è** chi, sentendosi insicuro sulle sue attitudini al lavoro, cerca il consiglio di un esperto di orientamento professionale. Fintantoché questi esperti forniscono al cliente delle informazioni di cui esso non dispone, ma che gli sono indispensabili per compiere una scelta ragionata, questo incontro ha le sue buone ragioni. Però, in genere, non è questo né lo scopo né l'esito di un simile tipo di **consulenze**. Esse servono piuttosto a trasferire la responsabilità di compiere una scelta difficile — che spesso coinvolge non solo controverse questioni morali, ma anche **ir-**riconoscibili contingenze future — dal cliente all'esperto. In breve, questo tipo di "consulenza professionale" **finisce**

molto spesso per costituire una scappatoia morale per il cliente, con la collusione aperta dell'esperto. L'educazione e la terapia sessuali forniscono una gamma enorme di possibilità, socialmente legittimate, di sottrarsi alla decisione sul genere di vita sessuale che si intende condurre; e questa è forse la ragione principale per cui esse sono **così** popolari.

Prima di entrare nel merito di quali siano le nostre proposte alternative di fondo a queste forme di evasione dagli obblighi morali (soprattutto da quelli verso noi stessi), occorre fare alcune osservazioni sull'educazione in generale. Un'analisi anche superficiale del processo educativo rivela che nella vita ci sono molte cose importanti che, semplicemente, non possono venir insegnate, ma che possono però venir apprese. Chi ha insegnato a Shakespeare a scrivere versi, a **Beethoven** a comporre musica, a Ford a produrre automobili? Liquidare questi esempi limitandosi a invocare il loro genio significherebbe aggirare il problema, che nasce dal fatto che queste realizzazioni non sono differenti da quelle delle persone comuni, ma sono solo ad esse superiori. Che le scoperte o le innovazioni dei cosiddetti geni non rientrino in una classe del tutto diversa da quella che racchiude l'operato dei comuni mortali è confermato dalla facilità con cui queste scoperte e queste innovazioni sono state assimilate — e spesso anche superate.

Ora, tra la realizzazione di un grande artista o di un grande scienziato e il comportamento sessuale quotidiano di tutti gli uomini e le donne c'è questo in comune, che si tratta in entrambi i casi di attività intensamente e intimamente personali. Questa affinità suggerisce una grande lezione, e cioè che, se si vuol fare qualche cosa bene e si vuol provare piacere nel farla (due cose che spesso procedono insieme), quello che conta non è ciò che viene insegnato, ma ciò che si impara. Il rapporto tra l'insegnamento e l'apprendimento — come sappiamo fin troppo bene per esperienza personale — è molto meno stretto di quel che si crede. Anzi, il fatto che ci venga insegnato qualcosa (soprattutto se

costretti) può diventare un potente incentivo a non impararlo. Viceversa, si possono imparare molte cose e acquisire molte capacità, senza dover assumere l'atteggiamento dello studente o sottoporsi ad un regolare processo di insegnamento. Vi sono, inoltre, cose che non possono assolutamente venir insegnate, o che lo possono essere solo in modo assai generale e generico, perché lo studente deve acquisire e padroneggiare queste capacità da solo. Questo vale, in diversa misura, per una vasta gamma di attività umane — dal guidare un'automobile al giocare a scacchi, dal parlare e scrivere correttamente al tener pulita la casa. Ma vale soprattutto per le cosiddette capacità sessuali.

Così, il fatto che gli esseri umani debbano imparare ad esprimersi sessualmente e godere delle proprie esperienze sessuali (e di quelle del proprio partner) non significa certo che il modo migliore di acquisire una competenza in materia sia l'educazione sessuale. Anzi, le prove dimostrano esattamente il contrario, e cioè che il sesso è sì una cosa che si deve apprendere e imparare a praticare, ma che non ha bisogno e non dovrebbe venir insegnato.

Pertanto, il concetto che ho cercato di esprimere in questo libro ha delle implicazioni che vanno al di là di una mera **opposizione** ai programmi di educazione e di terapia sessuali promossi dal governo e pagati dal contribuente. Essa comporta anche il **sostegno** attivo ad un ordine economico, legislativo e politico che offra all'individuo la massima libertà di apprendere e di praticare le proprie attività sessuali. Qui dobbiamo rifarci ancora una volta al parallelo tra la religione e il sesso: la gente deve avere la possibilità di indagare, di imparare e di praticare o di rifiutare il sesso con la stessa libertà e con la stessa impunità con cui indaga, apprende e pratica o rifiuta una **religione**.¹ **Così**, alla domanda "Come deve fare la gente per farsi aiutare a risolvere i propri problemi sessuali?" io rispondo: "Nello stesso modo in cui si fa aiutare a risolvere i propri problemi religiosi." In una società teologica, la gente deve **rivol-**

gersi al clero. In una società terapeutica ci si aspetta che si rivolga alla medicina. In una società libera, può farsi aiutare da chi vuole. Ciò lascerebbe ai singoli la libertà di scegliere la fonte della propria illuminazione e della propria "formazione" sessuale: alcuni sceglieranno di ricevere la propria educazione e le proprie terapie sessuali dai "professionisti", mentre altri potranno preferire i libri o le fotografie, i genitori, i coetanei, gli amici o gli amanti, i **pornografi** o **le prostitute**.

Per questo non è possibile che esista un'**unica** o anche un ristretto numero di terapie sessuali, scientificamente dimostrate, per le cosiddette disfunzioni sessuali. Infatti, le cure saranno tante quanti sono gli individui che presentano o che diagnosticano questi problemi. Molti dei miei avversari hanno sostenuto che io rifiuto la **realtà** di numerosi problemi umani (come i conflitti familiari, l'uso di determinate sostanze chimiche o il crimine) mentre io nego soltanto che questi fenomeni siano delle malattie. Ma io non intendo certo negare che i problemi sessuali esistano e siano reali. La gente ha dei problemi con il padre e la madre, con il lavoro e la professione, con il tempo libero e la ricreazione, con i propri bambini, con i soldi; e quindi, perché non dovrebbe averne anche con la propria **sessualità**? Io mi limito a sostenere che questi problemi — compresi quelli sessuali — fanno parte integrante della loro vita. In realtà, il fatto che un aspetto particolare del comportamento umano sia considerato un problema dipende e varia in rapporto al soggetto che si è coinvolto. E che poi questo problema sia considerato una malattia — e che quindi ci si rivolga al medico —, oppure una difficoltà di ordine morale, religioso o di altro genere — e si vada allora in cerca di interventi di altro tipo — anche questo è in funzione del soggetto medesimo.*

Come dimostrano alcuni degli esempi riportati in **que-**

* Considerazioni analoghe valgono anche nei casi di normali affezioni cliniche, ma la divergenza tra il giudizio del medico e quello del profano spesso è meno pronunciata in questo campo che in quelli in cui degli stati non organici vengono diagnosticati e curati come affezioni cliniche.

sto libro, quello che, in **un'epoca**, o per una determinata persona, costituisce un problema sessuale medico, in **un'altra** epoca, o per un'altra persona, potrebbe essere invece una cura sessuale. Oggi la professione medica e gli **opinion-makers ufficiali** della nostra società sostengono **dogmaticamente** che godere il sesso è normale ed è un indice di salute, mentre la mancanza di questo godimento è un sintomo di disturbi sessuali, **curabili** con adeguati interventi medici (sessuoterapeutici): quando è possibile essi dovrebbero sempre venir curati **così**. Questa concezione, anche se ha la pretesa di essere scientifica, è in realtà una concezione morale o religiosa: è un'espressione **dell'ideologia** medica che noi abbiamo sostituito alle fedi religiose.

I problemi sessuali e le loro cure, come ho cercato di dimostrare, sono vecchi come l'umanità. Qui può essere utile, per concludere, riprendere e commentare uno dei **più** famosi casi di terapia sessuale di tutta la storia, che risale ai primi tempi del cristianesimo. Si tratta del caso di **S. Agostino (354-430)**, uno dei Padri della Chiesa cattolica. Nelle sue Confessioni, Agostino ci dà un resoconto impareggiabile dei suoi sforzi per cambiare le proprie inclinazioni e pratiche sessuali, da com'erano nella giovinezza a come voleva che fossero nella maturità e nella vecchiaia.

A quanto pare, Agostino era affetto da una "malattia della concupiscenza": aveva preso l'abitudine di godere del sesso troppo e troppo spesso. Col passare degli anni, rafforzandosi la sua volontà di farsi cristiano, implorò Dio di liberarlo dalla "**schiavitù** del desiderio". Si rivolse anche ai suoi consiglieri religiosi e si sforzò in tutti i modi di apprendere nuovi costumi sessuali. **Ma** per molti anni i suoi sforzi non sortirono alcun successo, per ragioni che sono esposte in un passo giustamente famoso: "Ti avevo pur chiesto la castità. 'Dammi, ti dissi, la **castità** e la continenza, ma non per ora', per timore che, esaudendomi presto, presto mi avresti guarito dalla malattia della concupiscenza, che preferivo saziare, anziché estinguere."

A mio parere, la metamorfosi **sessuale** di S. Agostino è il paradigma di una terapia sessuale riuscita, anche se molto lunga: la situazione iniziale del paziente, che egli considerava indesiderabile, era quella di chi pratica con piacere i rapporti sessuali (per i quali si sentiva in colpa); la condizione che voleva raggiungere era **un'astinenza, ancor** piiii grandiosa, da quei rapporti (per i quali provava un certo rimpianto). Oggi, la maggior parte degli uomini e delle donne con **turbe** sessuali non fa **che** intraprendere il viaggio inverso: non avendo mai imparato a **sufficienza** a trarre piacere dal sesso, aspira a provare, ed **esulta** di quella concupiscenza che **Agostino** rifiutava.

Ma con grande sorpresa persino di coloro che dovrebbero saperne di piiii, la maggior parte della gente è ancor piti turbata quando raggiunge le delizie del sesso, di quanto lo fosse Agostino rinunciandovi. Purtroppo queste osservazioni non fanno molto onore alle idee attuali sulla natura umana: giacché non è proprio lo studio dell'economia, della politica e specialmente della storia e delle religioni a insegnarci che gli uomini generalmente trovano piti facile rinunciare alle aspirazioni piiii ardue a raggiungersi piuttosto che lottare per realizzarle? Se questo vale quando si tratta di essere buoni figli, figlie o genitori, studenti o insegnanti, amici o lavoratori, perché non dovrebbe valere anche quando si tratta di essere buoni partners sessuali? Ormai ben pochi uomini o donne moderne credono che compiendo determinati atti sessuali quando moriranno andranno all'inferno o che meriteranno invece il paradiso rinunciando completamente al sesso. Ma sembra che ancora molti credano che, leggendo il manuale giusto, rivolgendosi al terapeuta sessuale giusto, o trovando il partner giusto, potranno godere un appagamento sessuale ininterrotto, in un'unione d'amore con **un'altra** persona, completa e ricca, un giorno dopo l'altro, un anno dopo l'altro, per quaranta, cinquant'anni, o anche piiii. L'assurdità di questa idea ci dà la misura dell'assurdità **dell'educazione** e della terapia sessuali moderne.

Prefazione

- ¹ SANT'AGOSTINO, *Confessioni*, trad. di Pellegrino, Einaudi, Torino 1970, p. 154.
² H. S. KAPLAN, intervista in "Medical Aspects of Human Sexuality", novembre 1979, p. 26.
³ Vedi, in generale, H. S. KAPLAN, *Disorders of Sexual Desire*, Brunner/Marel, New York 1979.
⁴ Citato (in una traduzione leggermente differente) in R. E. L. MASTERS (a cura di), *Sexual Self-Stimulation*, Sherbourne Press, Los Angeles 1967, p. 335.
⁵ Vedi T. SZASZ, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970; tr. it., *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America*, Feltrinelli, Milano 1972, capitolo II; vedi anche, in questo libro, i capitoli 2 e 5.

1. Il sesso e l'io

- ¹ Vedi T. S. SZASZ, *Pain in a New Perspective*, 1975, in *Pain and Pleasure*, 2^a ed., Basic Books, New York, pp. xi-xlvii; vedi anche I. SINGER, *The Goals of Human Sexuality*, Norton, New York 1973.
² C. A. TRIPP, *The Homosexual Matrix*, Signet, New York 1976, p. 118.
³ Vedi T. S. SZASZ, *The Myth of Mental Illness*, Signet, New York 1976; a. it. *Il mito della malattia mentale*, Feltrinelli, Milano 1974, soprattutto l'Introduzione.
⁴ Vedi I. KARACAN, *Clinic Value of Nocturnal Erection in the Prognosis and Diagnosis of Impotence*, in "Medical Aspects of Human Sexuality", 30 aprile 1970, pp. 27-34; C. FISCHER E ALTRI, *Evaluation of Nocturnal Penile Tumescence in the Differential Diagnosis of Sexual Impotence*, in "Archives of General Psychiatry", 36, aprile 1979, pp. 431-437.
⁵ Vedi T. S. SZASZ, *The Myth of Psicoterapy*, Doubleday, Garden City, N. Y. 1978; tr. it. *Il mito della psicoterapia: la cura della mente come religione, retorica e repressione*, Feltrinelli, Milano 1981, capitoli 1 e 11.
⁶ *Ibid.*, capitoli 2 e 3.

2. Il sesso come malattia

- ¹ Vedi O. DIETHELM, *Medicai Dissertations of Psychiatric Interest*, Printed Before 1750, Karger, Basel 1971, pp. 61 e 66.
² Vedi in generale SZASZ, *I manipolatori della pazzia*, cit., e R. HAMOWY, *Medicine ad Crimination of Sin: 'Self-Abuse' in 19th Century America*, in "Journal of Libertarian Studies", 1, estate 1977, pp. 229-270.
³ *Ibid.*, p. 64.

- ⁴ B. RUSH, *Medical Inquires and Observations Upon Diseases of the Mind* (1812). Facsimile dell'edizione di Filadelfia del 1812. Hafner Publishing Co., New York 1962. pp. 33 e 374.
- ⁵ Citato in E. H. HARE, *Masturbatory Insanity: The History of an Idea*, in "Journal of Mental Science", 108, gennaio 1962, p. 4.
- ⁶ *Ibid.*
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ Citato in J. DUFFY, *Masfurbation and Clitoridectomy*, in "Journal of the American Medical Association", 186, 19 ottobre 1963, p. 246.
- ⁹ R. V. PIERCE, *The People's Common Sense Medical Adviser: In Plain English; or Medicine Simplified*, 71^a ed., World's Dispensary Printing Office and Binde-N, Buffalo 1895. D. 772.
- ¹⁰ *Ibid.*, p. -785.
- ¹¹ KRAFFT-EBING, *Psychopathia Sexualis*, traduzione parziale in italiano, in *Psicopatologia Sessuale, Sadismo, Masochismo, Feticismo: Ricerche speciali*, Roma 1906.
- ¹² *Ibid.*
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ *Ibid.*
- ¹⁵ SIGMUND FREUD, *La sessualità nell'etiologia della nevrosi* (1898), in SIGMUND FREUD, *Opere*, a cura di C. Musatti, vol. II, 1968, pp. 397-417; p. 411.
- ¹⁶ Vedi H. NUNBERG e E. FEDERN (a cura di), *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society*, vol. II: 1908-1910, tr. di M. Nunberg, International Universities Press, New York 1967; e H. NUNBERG e E. FEDERN (a cura di), *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society*, vol. III: 1910-1911, tr. di M. Nunberg, International Universities Press, New York 1974.
- ¹⁷ S. FREUD, *Contributi a una discussione sull'onanismo*, in SIGMUND FREUD, *Opere*, cit., vol. VI, 1974, pp. 559-570.
- ¹⁸ S. FREUD, *L'inconscio*, in SIGMUND FREUD, *Opere*, cit., vol. VIII, 1976, pp. 49-88; pp. 83-84.
- ¹⁹ S. FREUD, *Introduzione alla Psicoanalisi*, in SIGMUND FREUD, *Opere*, cit., vol. VIII, 1976, pp. 195-611, pp. 461 e 463.
- ²⁰ K. MENNINGER, *Man Against Himself*, Harcourt, Brace, New York 1938, pp. 68-69.
- ²¹ C. W. SOCARIDES, *Beyond Sexual Freedom*, Quadrangle Books, New York 1975, p. 88.
- ²² *Ibid.*, p. 83.
- ²³ *Ibid.*, p. 89.
- ²⁴ E. HALPERT, *On a Pmticular form of Masturbation in Women: Masturbation with water*, in "Journal of the American Psychoanalytic Association", 21, 1973, p. 526.
- ²⁵ *Ibid.*, p. 542.
- ²⁶ P. ROTH, *Portnoy's Complaint*, Random House, New York 1969, tr. it. *Lamento di Portnoy*, Bompiani, Milano 1970.
- ²⁷ S. HITE, *The Hite Report, A Nationwide Study on Female Sexuality*, Macmillan, New York 1976.
- ²⁸ W. HUNT, *Review of the Hite Report*, in "Journal of the American Psychoanalytic Association", 26, 1978, pp. 237-38.

3. Il sesso come cura (in teoria)

- ¹ Citato in DIETHELM, *Medical Dissertation of Psychiatric Interest*, p. 91.
- ² C. RIEL, *Rhapsodien über die Anwendung der Psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen* [Rapsodie sull'applicazione delle cure psicologiche nelle malattie mentali], Cutschen Buchandlung, Halle, Germania 1803, pp. 185-186.
- ³ "Time", 29 aprile 1961, p. 51.
- ⁴ W. H. MASTERS e V. E. JOHNSON, *Human Sexual Response*, Little, Bmwn, Boston 1969; tr. it. *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna. Indagine sugli aspetti anatomici e fisiologici*. Feltrinelli, Milano 1967.
- ⁵ "Time", 29 aprile 1969, p. 51.
- ⁶ E. M. BRECHER, *The Sex Researchers*, Little, Brown, Boston 1969, p. 287.
- ⁷ W. H. MASTERS e V. E. JOHNSON, *Human Sexual Inadequacy*, Little, Brown, Boston 1970, p. 3; tr. it. *Patologia e terapia del rapporto coniugale. Le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli, Milano 1970, p. 13.

Note

- ⁸ W. H. MASTERS e V. E. JOHNSON, *Principles of the New Sex Therapy*, in "American Journal of Psychiatry", 153, maggio 1976, pp. 548-554.
- ⁹ Vedi F. A. HAYEK, *The Counter-Revolution of Science: Studies on the Abuse of Reason*, The Free Press, New York 1955, p. 154.
- ¹⁰ MASTERS e JOHNSON, *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, cit., p. 9.
- ¹¹ *Ibid.*, p. 157.
- ¹² P. ROBINSON, *The Modernization of Sex*, Harper & Row, New York 1976, p. 123.
- ¹³ *Ibid.*, p. 125.
- ¹⁴ G. ORWELL, *Politics and the English Language* (1946), in *The Orwell Reader, Fiction, Essays, and Reportage*, Harcourt, Brace, Jovanovich, New York 1956, pp. 356-366.
- ¹⁵ M. H. HALL, *A Conversation with Masters and Johnson*, in "Medical Aspects of Human Sexuality", dicembre 1969, p. 43.
- ¹⁶ Vedi T. S. SZASZ, *Karl Kraus and the Soul-Doctors: A Pioneer Critic and His Criticism of Psychiatry and Psychoanalysis*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, La. 1976, soprattutto il cap. 3.
- ¹⁷ R. M. WEAYER, *The Ethics of Rhetoric*, Regnery, Chicago 1953, pp. 11-12.
- ¹⁸ MASTERS e JOHNSON, *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, cit., p. 14.
- ¹⁹ *Ibid.*, p. 30.
- ²⁰ *Ibid.*
- ²¹ *Ibid.*, p. 154.
- ²² *Ibid.*, p. 154.
- ²³ *Ibid.*, p. 154.
- ²⁴ MASTERS e JOHNSON, *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, cit., quarta di copertina dell'edizione americana.
- ²⁵ W. H. MASTERS e V. E. JOHNSON, *Homosexuality in Perspective*, Little, Brown, Boston 1979, tr. it. *Omosessualità, una nuova prospettiva*, Feltrinelli, Milano 1980.
- ²⁶ in "Time", 23 aprile 1979, p. 78.
- ²⁷ *Ibid.*
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ MASTERS e JOHNSON, *Omosessualità, una nuova prospettiva*, cit., p. 404.
- ³⁰ H. MARANO, *New Light on Homosexuality*, in "Medical World News", 30 aprile 1979, p. 13.
- ³¹ Vedi B. RUSSELL, *The Superior Virtue of the Oppressed*, in *Unpopolar Essays*, Simon and Schuster, New York 1959, pp. 58-64, e T. S. SZASZ, *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*, Basic Books, New York 1976, pp. 212-14.
- ³² Citato in N. GITTELSON, *Dominus: A Woman Looks at Men's Lives*, Farrar, Straus & Giroux, New York 1978, pp. 50-51.
- ³³ MASTERS e JOHNSON, *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, cit., p. 220.
- ³⁴ *Ibid.*, p. 73.
- ³⁵ MASTERS e JOHNSON, *Omosessualità, una nuova prospettiva*, cit., p. 23.
- ³⁶ *Ibid.*, p. 46.
- ³⁷ *Ibid.*, p. 42.
- ³⁸ *Ibid.*, p. 66.
- ³⁹ *Ibid.*, p. 64.
- ⁴⁰ *Ibid.*, p. 403.
- ⁴¹ *Ibid.*, p. 403.
- ⁴² *Ibid.*, p. 11.
- ⁴³ ROBINSON, *The Modernization of Sex*, p. 162.
- ⁴⁴ "Examiner and Chronicle", San Franciscum, edizione domenicale, 1° ottobre 1978, p. 2-6.
- ⁴⁵ *Ibid.*
- ⁴⁶ Citato in A. BUTTERFIELD, JR., *Dr. Masters at Anaheim*, in "Psychiatric News", 18 giugno 1975, p. 1.
- ⁴⁷ *Ibid.*, pp. 1 e 16.
- ⁴⁸ *Ibid.*, p. 16.
- ⁴⁹ *Ibid.*
- ⁵⁰ *Ibid.*
- ⁵¹ *Ibid.*
- ⁵² "New York Times", 14 gennaio 1975, p. 26.
- ⁵³ M. SELIGSON, *Orgasms for Sale*, in "Reflections", 10, 1975, pp. 4-5.
- ⁵⁴ "Time", 14 giugno 1974, p. 90.

4. Il sesso come cura (in pratica)

- ¹ Citato nel "New York Times", 23 giugno 1975, p. 28.
- ² *Ibid.*
- ³ Citato in "Medical Aspects of Human Sexuality", 7 agosto 1973, p. 159.
- ⁴ *Süddeutsche Zeitung*, Monaco, 1° agosto 1978; "Abendzeitung", Monaco, 8 agosto 1978.
- ⁵ MASTERS e JOHNSON, *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, cit., p. 368.
- ⁶ *Ibid.*, p. 369.
- ⁷ L. WOLFE, *The Question of Surrogates in Sex Therapy*, in J. Lo PICCOLO e L. Lo PICCOLO (a cura di), *Handbook of Sex Therapy*, Plenum Press, New York 1978, p. 492.
- ⁸ J. Lo PICCOLO, *The Professionalization of Sex Therapy*, in *ibid.*, p. 518.
- ⁹ WOLFE, *Question of Surrogates*, p. 493.
- ¹⁰ *Ibid.*, pp. 491-492.
- ¹¹ *Ibid.*, p. 495.
- ¹² *Ibid.*
- ¹³ "Newsweek", 27 novembre 1972, p. 71.
- ¹⁴ WOLFE, *Question of Surrogates*, p. 495.
- ¹⁵ "Time", 10 settembre 1973, p. 48.
- ¹⁶ *Ibid.*
- ¹⁷ "The Guardian", Londra, 10 luglio 1979, p. 12.
- ¹⁸ *Ibid.*
- ¹⁹ "Newsweek", 27 novembre 1972, p. 72.
- ²⁰ "VALERIE X. SCOTT" e HERBERT D'H. LEE, *Surrogate Wife*, 1971. New York Dell, 1971, quarta di copertina.
- ²¹ *Ibid.*, p. 1.
- ²² *Ibid.*, p. 20.
- ²³ *Ibid.*, p. 21.
- ²⁴ *Ibid.*, p. 8.
- ²⁵ *Ibid.*, p. 23.
- ²⁶ *Ibid.*
- ²⁷ *Ibid.*
- ²⁸ *Ibid.*, p. 32.
- ²⁹ *Ibid.*, p. M.
- ³⁰ D. H. LEROY, *The Potential Criminal Liability of Human Sex Clinics and Their Patients*, in "St. Louis University Law Journal", 16, 1972, p. 586.
- ³¹ *Ibid.*, p. 590.
- ³² *Ibid.*, p. 592.
- ³³ *Ibid.*, p. 593.
- ³⁴ *Ibid.*, p. 595.
- ³⁵ *Ibid.*, p. 594.
- ³⁶ *Ibid.*, p. 595.
- ³⁷ *Ibid.*, p. 596.
- ³⁸ L. VEITH, *Hysteria: The History of a Disease*, The University of Chicago Press, Chicago 1965, p. 38.
- ³⁹ *Some Remarks on the Scence of Onanism*, in MARK TWAIN, *The Mammouth Cod, an Address to the Stomach Club*, con un'introduzione di G. Leman, Maledicta Press, Waukesha, Wis. 1976, p. 23. Desidero ringraziare il signor Frederick Anderson, curatore letterario delle carte di Mark Twain, l'University of California di Berkeley e il professor Robert H. Hirt, del Dipartimento di Inglese dell'Università di California di Los Angeles, per aver richiamato la mia attenzione su questo scritto.
- ⁴⁰ MASTERS e JOHNSON, *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, cit., p. 368. Vedi anche il cap. 2 di questo libro.
- ⁴¹ MASTERS e JOHNSON, *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, cit., p. 125.
- ⁴² *Ibid.*, p. 243.
- ⁴³ W. C. LOBITZ e J. Lo PICCOLO, *New Methods in the Behavioral Treatment of Sexual Disjunctions*, in "Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry", 3, 1972, p. 267.
- ⁴⁴ *Ibid.*, pp. 484-485.
- ⁴⁵ J. S. ANNON, *Behavioral Treatment of Sexual Problems*, Harper & Row, New York 1976, pp. 113-114.
- ⁴⁶ N. LAURENSEN e S. WHITNEY, *It's Your Body: A Woman's Guide to Gynecology*, Grasset & Dunlap, New York 1977, p. 11.

- ⁴⁷ *Ibid.*, pp. 484-485.
⁴⁸ *Questions and Answers: The Vibrator as a Therapeutic Sexual Technique*, in "Journal of the American Medical Association", 239, maggio 1978, p. 2173.
⁴⁹ *Seven Weeks to Sexual Health: The Loyola Sexual Dysfunction Clinic*, in "Sexual Medicine Today", ottobre 1979, pp. 9 e 28-29.
⁵⁰ Vedi, per esempio, L. G. BARBACH, *For Yourself: The Fulfilment of Female Sexuality*, Signet, New York 1975, p. 87.
⁵¹ M. WEISBERG e B. WHITNEY, *Sexual Medicine: Masturbation*, in "The New Physician", marzo 1978, p. 36.
⁵² M. S. CALDERONE, citato in W. H. MASTERS E ALTRI (a cura di), *Ethical Issues in Sex Therapy and Research*, Little, Brown, Boston 1977, p. 47.
⁵³ H. H. SEWELL, *Sexual "Norms" in Marriage*, in "Medical Aspects of Human Sexuality", 8, ottobre 1974, p. 84.

5. La chirurgia sessuale

- ¹ Vedi B. BETTELHEIM, *Symbolic Wounds: Puberty Rights and the Envious Male*, The Free Press, Glencoe, Ill. 1954.
² *Genesi*, 17:9-14.
³ *Primo Libro di Samuele*, 18:25-27.
⁴ D. GROSS (a cura di), *Dictionary of the Jewish Religion*, Bantam, New York 1979, p. 54.
⁵ *Code of Jewish Law: A Compilation of Jewish Laws and Customs by Rabbi Solomon Ganzfried*, tr. ingl. di Hyman E. Goldin, ed. riveduta, Hebrew Publishing Co., New York 1961, vol. IV, p. 44.
⁶ R. L. BAKER, *Newborn Male Circumcision*, in "Sexual Medicine Today", novembre 1979, p. 35.
⁷ A. COHEN, *Everyman's Talmud*, Schocken, New York; tr. it. *Il Talmud*, trad. di Alfredo Toaff, Laterza, Bari 1935, p. 449.
⁸ *Ibid.*, p. 450.
⁹ F. C. FORBERG, *Masturbation in Classical Erotology* (1884), in MASTERS, *Sexual Self-Stimulation*, p. 333.
¹⁰ Prima lettera ai Corinzi, 7:17-18.
¹¹ Vangelo secondo Matteo, 19:12.
¹² Vedi T. S. SZASZ, *Heresies*, Doubleday Anchor, Garden City, N. Y. 1976.
¹³ Vedi il cap. 2; vedi anche SZASZ, *I manipolatori della pazzia*, cit., cap. 11, e HAMOWY, *Medicine and Crimination*.
¹⁴ Citato in A. COMFORT, *The Anxiety Makers: Some Curious Preoccupations of the Medical Profession*, Nelson, London 1967.
¹⁵ Citato in MASTERS, *Sexual Self-Stimulation*, pp. 43-44.
¹⁶ J. CROSBY, citato in MASTERS, *Sexual Self-Stimulation*, pp. 41-42.
¹⁷ G. J. BARKER-BENFIELD, *The Horrors of the Half-Known Life: Male Attitudes Toward Women and Sexuality in Nineteenth-Century America*, Harper & Row, New York 1976, p. 125.
¹⁸ R. A. SPITZ, *Authority and Masturbation: Some Remarks on a Bibliographical Investigation*, in "Yearbook of Psychoanalysis", International University Press, New York 1953, vol. 9, p. 123.
¹⁹ Citato in BARKER-BENFIELD, *The Horrors of the Half-Known Life*, p. 125.
²⁰ F. R. STURGIS, *Treatment of Masturbation* (1900), in MASTERS, *Sexual Self-Stimulation*, pp. M37.
²¹ Vedi capitolo 2.
²² L. D. LONGO, *The Rise and Fall of Battey's Operation: A Fashion in Surgery*, in "Bulletin of the History of Medicine", 53, estate 1979, pp. 244, 267.
²³ *Ibid.*, p. 244.
²⁴ *Ibid.*, p. 249.
²⁵ *Ibid.*
²⁶ *Ibid.*, p. 250.
²⁷ *Ibid.*
²⁸ *Ibid.*, p. 256.
²⁹ *Ibid.*, p. 263.
³⁰ K. MENNINGER, *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*, Viking, New York 1963, p. 198.
³¹ C. W. SOCARIDES, *Homosexuality*, in S. ARIETI (a cura di), *American Hand-*

Note

- book of *Psychiatry*, 2^a ed., Basic Books, New York 1974, vol. III, p. 301. Vedi anche C. W. **SOCARIDES**, *Beyond Sexual Freedom*, Quadrangle Books, New York 1975, soprattutto pp. 96-112.
- ³² A. WAUGH, *Sex in Britain*, in "Spectator", Londra, 8 dicembre 1979, p. 8.
- ³³ J. BREMER, *Asexualization/ A Follow-Up Study of 244 Cases*, Macmillan, New York 1959, DD. 179-180.
- ³⁴ *Ibid.*, pp. 16-17.
- ³⁵ Vedi "New York Times", 23 dicembre 1973, p. E-9; e *Homosexuality*, in "Medical World News", 4 gennaio 1974, p. 4.
- ³⁶ M. ANNEXTON, *Treatment of Impotence by Penile Implants*, in "Journal of the American Medical Association", 241, gennaio 1979, pp. 13 e 17.
- ³⁷ P. ALBERTSON, *Treating Impotence with Surgery*, in "Sexual Medicine Today", 2, giugno 1978, p. 22.
- ³⁸ *Ibid.*
- ³⁹ "Time", 10 dicembre 1979, p. 92.
- ⁴⁰ *Ibid.*
- ⁴¹ *Ibid.*
- ⁴² *The New Arterial Bypass That Reverses Organic Impotence*, in "Sexual Medicine Today", gennaio 1979, pp. 8-13.
- ⁴³ "Time", 10 dicembre 1979, p. 92.
- ⁴⁴ Vedi J. G. RAYMOND, *The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*, Beacon Press, Boston 1979.
- ⁴⁵ Vedi "Hospital Tribune", 21 marzo 1977, p. 3; "Chronicle" San Francisco, 21 aprile 1978, p. 2; e "New York Times", 16 maggio 1979, p. A-19.
- ⁴⁶ Vedi T. S. SZASZ, *Male Women, Female Men*, in "The New Republic", 9 ottobre 1979, pp. 8-9.
- ⁴⁷ U. G. TURNER, *Transsexualism*, in "The Pharos", 41, ottobre 1978, pp. 33-34.
- ⁴⁸ Vedi RAYMOND, *Transsexual Empire*, e T. S. SZASZ, *Male and Female Created He Them*, "Times Book Review", New York 10 giugno 1979, pp. 11 e 39.
- ⁴⁹ S. HERSCHKOWITZ e R. DICKES, *Suicide Attempts in Female-to-Male Transsexual*, in "American Journal of Psychiatry", 135, marzo 1978, pp. 368-369.
- ⁵⁰ T. S. SZASZ, *Equation of Opposites*, "Times Book Review", New York 6 febbraio 1966, p. 6.
- ⁵¹ "American Medical News", 7 settembre 1979, p. 10.
- ⁵² "Time", 27 agosto 1979, p. 64; vedi anche "Medical World News", 17 settembre 1979, pp. 17-19.
- ⁵³ D. FORESTER, citato in "Medical Tribune", 24 ottobre 1979, p. 13.
- ⁵⁴ H. BENJAMIN, citato in "Sexual Medicine Today", novembre 1979, p. 19.
- ⁵⁵ "Medical World News", 17 aprile 1978, p. 62.
- ⁵⁶ D. E. H. RUSSELL e N. VAN DE VEN, *Crimes Against Women: Proceeding of the International Tribunal, Les Femmes*, Milbrae, Cal. 1976, pp. 151-152.
- ⁵⁷ Vedi T. S. SZASZ, *The Theology of Medicine: The Political Philosophical Foundations of Medical Ethics*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, La. 1977; Harper Colophon, New York 1977.

6. La religione come educazione sessuale

- ¹ D. M. FELDMAN, *Birth Control in Jewish Law: Marital Relations Contraception, and Abortion as Set Forth in the Classic Texts of Jewish Law*, New York University Press, New York 1968, p. 30.
- ² *Ibid.*, p. 37.
- ³ Citato in *ibid.*, p. 50.
- ⁴ *Genesi*, 19:1-30.
- ⁵ *Genesi*, 19:31-38.
- ⁶ D. GROSS (a cura di), *Dictionary of the Jewish Religion*, Bantam, New York 1979, p. 176.
- ⁷ L. EPSTEIN, *Sex Laws and Customs in Judaism*, Ktav Publishing House, New York, 1967, p. 141.
- ⁸ *Deuteronomio*, 7:3-4.
- ⁹ COHEN, *Il Talmud*, cit., p. 450.
- ¹⁰ *Ibid.*, pp. 450.
- ¹¹ Citato in FELDMAN, *Birth Control in Jewish Law*, pp. 81-82.
- ¹² *Ibid.*, p. 89.
- ¹³ *Ibid.*, p. 63.

- ¹⁴ *Ibid.*, p. 64.
¹⁵ "Post Standard", Syracuse, 20 dicembre 1979, p. A-3.
¹⁶ FELDMAN, *Birth Control in Jewish Law*, p. 74.
¹⁷ EPSTEIN, *Sex Laws*, p. 137.
¹⁸ G. R. TAYLOR, *Sex in History*, Vanguard Press, New York 1970, p. 60.
¹⁹ EPSTEIN, *Sex Laws*, pp. 133-134.
²⁰ FELDMAN, *Birth Control in Jewish Law*, p. 114.
²¹ Vedi, in generale, FELDMAN, *op. cit.*, pp. 110-165.
²² EPSTEIN, *Sex Laws*, p. 147.
²³ *Ibid.*
²⁴ A. EDWARDES, *Self-Stimulation among Arabs and Jews*, in MASTERS, *Sexual Self-Stimulation*, p. 308.
²⁵ R. BRIFFAULT, *Sin and Sex* (1931), con un'introduzione di Bertrand Russell. Haskell House, New York 1973, pp. 69-70.
²⁶ T. BESTERMAN, *Men against Women: A Study of Sexual Relations*, Methuen, London 1934.
²⁷ Vedi, per esempio, D. S. BAILEY, *Sexual Relations in Christian Thought*, Harper & Bros., New York 1959, pp. 23-24.
²⁸ *Ibid.*
²⁹ *Ibid.*, p. 46.
³⁰ G. MAY, *Social Control of Sex Expression*, George Allen & Unwin, London 1930, p. 38.
³¹ BAILEY, *Sexual Relations*, p. 84.
³² *Ibid.*, p. 171.
³³ *Ibid.*, p. 198.
³⁴ *Ibid.*, p. 235.
³⁵ "Newsweek", 5 marzo 1979, p. 101.
³⁶ MAY, *Social Control*, p. 27.
³⁷ *Ibid.*, p. 24.
³⁸ Da questo punto di vista, vedi, SZASZ, *Heresies*.
³⁹ MAY, *Social Control*, p. 39.
⁴⁰ Vedi T. S. SZASZ, *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts and Pushers*, Doubleday Anchor, Garden City, N.Y. 1976, tr. it. *Il mito della droga. La persecuzione rituale delle droghe, dei drogati e degli spacciatori*, Feltrinelli, Milano 1977.
⁴¹ Vedi, in generale, A. EDWARDES, *The Jewel and the Lotus: A Historical Survey of the Sexual Culture of the East*, Lancer Books, New York 1965.
⁴² *Il Corano*, tr. di Federico Peirone, Mondadori, Milano 1979, p. 88.
⁴³ *Ibid.*
⁴⁴ *Ibid.*
⁴⁵ COHEN, *Il Talmud*, p. 454.

7. L'educazione sessuale (per i bambini)

- ¹ Vedi "Newsweek", 2 giugno 1969, pp. 66-67 e J. KASUN, *Turning Children into Sex Experts*, in "The Public Interest", primavera 1979, pp. 3-14.
² Citato in P. C. BEACH e J. LIKODIS, *Sex Education: The New Manicheanism*, parti I e II, in "Child & Family", 10, 1971: pp. 242-259 e 314-329.
³ "Newsweek", 2 giugno 1969, p. 66.
⁴ CITIZENS FOR PARENTAL RIGHTS [Cittadini per i diritti dei genitori] (Schenectady, N.Y.). *These Are "Our" Children! They Do Not Belong to the State!* (ciclostiltono datato). Vedi anche l'"Union Star" di Schenectady, 27 febbraio 1969, p. 2.
⁵ CITIZENS FOR PARENTAL RIGHTS, *op. cit.*
⁶ Citato in BEACH e LIKODIS, *Sex Education*, pp. 242-243.
⁷ Citato in KASUN, *Turning Children into Sex Experts*, pp. 3-4.
⁸ *Ibid.*, p. 4.
⁹ *Ibid.*, p. 5.
¹⁰ *Ibid.*, p. 11.
¹¹ B. C. GRUENBERG e J. L. KOUKONEN, *High Schools and Sex Education*, in "Educational Publication", n. 7, U. S. Public Health Service, Washington, D.C. 1939, p. 67.
¹² "Medical World News", 24 gennaio 1978, p. 18.
¹³ Citato in *ibid.*
¹⁴ "New York Times", 24 gennaio 1978, p. 18.

- ¹⁵ Citato dal "New York Times", 9 dicembre 1979, p. 21.
¹⁶ F. M. KIRSCH, *Sex Education and Training in Chastity*, Benziger Brothers, New York 1930, p. 204.
¹⁷ *Ibid.*
¹⁸ *Ibid.*, p. 280.
¹⁹ "New York Times", 26 dicembre 1972, p. 31.
²⁰ *Ibid.*
²¹ "New York Times", 13 aprile 1970, p. 12.
²² *Ibid.*
²³ *Ibid.*
²⁴ "Medical Tribune", 19 marzo 1975, p. 14.
²⁵ Da questo punto di vista, vedi J. HILLMAN, *The Myth of Analysis*, Northwestern University Press, Evanston 1972, soprattutto pp. 140-142.
²⁶ Vedi SZASZ, *I manipolatori della pazzia*, cit., soprattutto i capp. 10-14.
²⁷ M. CALDERONE, *The Challenge of Our Sexual Future*, in "Sexual Medicine Today", dicembre 1978, p. 34.
²⁸ Citato in M. BREASTED, *Oh! Sex Education!*, Signet, New York 1971, p. 249.
²⁹ CALDERONE, *Sexual Future*, p. 34.
³⁰ *Ibid.*
³¹ Vedi BREASTED, *Oh! Sex Education!*, p. 249.
³² *Ibid.*, v. 357.
³³ *Ibid.*, pp. 311-312.
³⁴ Citato dal "New York Times", 20 maggio 1969, p. 72.
³⁵ R. RAICO, recensione di *Oh! Sex Education!*, in "The Alternative", gennaio 1973, p. 16.

8. L'educazione sessuale (per i medici)

- ¹ M. REIK, *California Laws Mandate Sexual Education for All New Doctors*, in "Sexual Medicine Today", febbraio 1978, p. 14.
² "Medical World News", 24 marzo 1975, pp. 113-128.
³ *Ibid.*, p. 113.
⁴ *Ibid.*, pp. 121-122.
⁵ M. BRIGGS, *The Use of Audio-Visual Materials in Sexuality Programs*, in N. ROSENZWEIG e F. P. PEARSALL (a cura di), *Sex Education for Health Professionals: A Curriculum Guide*, Grune & Stratton, New York 1978, p. 133.
⁶ *Ibid.*, p. 131.
⁷ "Times", St. Petersburg 17 agosto 1977, p. 4B.
⁸ *Ibid.*
⁹ "Tribune", Tampa, 18 agosto 1977, p. 2.
¹⁰ *Ibid.*
¹¹ *Ibid.*
¹² "Times", St. Petersburg 17 agosto 1977, p. 4B.
¹³ "Medical World News", 24 marzo 1975, p. 120.
¹⁴ "New York Times", 8 luglio 1974, p. 21.
¹⁵ *Ibid.*
¹⁶ M. KIRCHNER, *What Makes Other Marriage Lousy*, in "Medical Economics", 1° ottobre 1979, p. 43.
¹⁷ Vedi, in generale, "Medical World News", 24 marzo 1975, pp. 113-128, e ROSENZWEIG e PEARSALL, *Sex Education for Health Professionals*.
¹⁸ H. E. VANDERVOORT e T. MCILVENNA, *Sexually Explicit Media in Medical School Curricula*, in R. GREEN (a cura di), *Human Sexuality: A Health Practitioner's Text*, William & Wilkins, Baltimore 1975, p. 235.
¹⁹ V. W. LIPPARD (a cura di), *Macy Conference on Family Planning, Demography and Human Sexuality in Medical Education*, Josiah Macy, Jr., Foundation, New York 1971.
²⁰ J. MONEY, *Pornography and Medical Education*, in *ibid.*, p. 106.
²¹ *Ibid.*
²² *Ibid.*, p. 108.
²³ Citato dal "New York Times", 3 gennaio 1973, P. 50.
²⁴ *Ibid.*
²⁵ *Ibid.*
²⁶ *Ibid.*

- ²⁷ *Human Sexuality*, American Medical Association, Chicago 1972.
- ²⁸ *Ibid.*, p. 206.
- ²⁹ Vedi F. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry*, Macmillan, New York 1963, pp. 59-60, 67-69, 201-203.
- ³⁰ *Human Sexuality*, p. 206.
- ³¹ *Ibid.*
- ³² A. COMFORT, citato in "Medical World News", 8 novembre 1974, p. 115.
- ³³ *Human Sexuality*, p. 206.
- ³⁴ D. W. BURNAP e J. S. GOLDEN, *Sexual Problems in Medical Practice*, in "Journal of Medical Education", 42, luglio 1967, p. 673.
- ³⁵ *Ibid.*
- ³⁶ Organizzazione Sanitaria Mondiale, citato in "International Herald Tribune", 25 febbraio 1975, p. 8.
- ³⁷ "Medical World News", 24 marzo 1975, pp. 113-128. Vedi anche "Continuing Education Courses for Physicians, for the Period from September 1, 1978, Through August 31, 1979", in "Journal of the American Medical Association", 240, 1978, pp. 901-905 1037-1066.
- ³⁸ vedi J. J. FISHER, *Let's Stop Blowing Our Money on C. M. E. Ripoffs*, in "Medical Economics", 7 agosto 1978, pp. 71-74; L. W. GHORMLEY, *I Call It Coercive Medical Education*, in "Medical Economics", 7 agosto 1978, pp. 74-75.
- ³⁹ Citato in "Medical Economics", 28 maggio 1979, p. 13.
- ⁴⁰ "Pe", Sacramento, 9 maggio 1974, p. A-4.
- ⁴¹ "APA Monitor", 5, novembre 1974, p. 3.
- ⁴² *Advertisement for Physicians: Audiovisual Resources*, in "Sexual Medicine Today", ottobre 1978, p. 19.
- ⁴³ *Ibid.*
- ⁴⁴ "Psychiatry/Psychology", Williams & Wilkins Company, Baltimore, senza data.
- ⁴⁵ "American Medical News", 6 luglio 1979, p. 15.
- ⁴⁶ "Süddeutsche Zeitung", Monaco, 30 marzo 1974.
- ⁴⁷ "Herald American", Boston, 22 giugno 1977; vedi anche "Medical World News", 3 settembre 1979, pp. 38-39.
- ⁴⁸ "Herald American", Boston, 22 giugno 1977, p. 2.
- ⁴⁹ *Ibid.*
- ⁵⁰ "Herald American", Boston, 22 giugno 1977, p. 2.
- ⁵¹ "Evening Independent", St. Petersburg, 11 novembre 1977, p. 5. Per il resoconto integrale, vedi J. C. HOLROYD e A. M. BRODSKY, *Psychologists' Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Physical Contact With Patients*, in "American Psychologist", 32, 5 ottobre 1977, pp. 843-849.
- ⁵² "Evening Independent", St. Petersburg, 11 novembre 1977, p. 5.
- ⁵³ "Roche Report: Frontiers of Psychiatry", 1° novembre 1979, p. 3.
- ⁵⁴ "Times", Los Angeles, 5 giugno 1976, p. 2; per il resoconto integrale, vedi S. KARDENER, M. FULLER, e I. MENSCH, *A Survey of Physicians' Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Practices with Patients*, in "American Journal of Psychiatry", 130, ottobre 1973.
- ⁵⁵ "Times", Los Angeles, 5 giugno 1976, p. 2.
- ⁵⁶ "Medical Tribune", 4 luglio 1979, p. 17.

9. Il sesso e lo stato

- ¹ MASTERS e JOHNSON, *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, p. 154.
- ² Citato dalla "Free Press" di Detroit, 4 settembre 1969, pp. 1-A e 9-A.
- ³ R. CHARTHAM, *Your Sexual Future*, Pinnacle Books, New York 1972, p. 73.
- ⁴ *Ibid.*, pp. 120-121 e 183.
- ⁵ A. HUXLEY, *Brave New World* (1932), Bantam Books, New York 1955, p. 152; tr. it. *Il mondo nuovo*, Mondadori. Milano 1933.
- ⁶ *Ibid.*, p. xiii.
- ⁷ I. LEVIN, *The Perfect Day*, Fawcett/Crest, Greenwich, Conn. 1970, soprattutto pp. 36-38.
- ⁸ A. T. DAY, *Parenthood: Its New Responsibilities*, in "Smith Alumni Journal", novembre 1964, citato in BEACH e LIKODIS, *Sex Education*, p. 252.
- ⁹ Citato dal "New York Times", 6 luglio 1969, p. 47.
- ¹⁰ M. D. GUTTMACHER, *Sex Offenses*, Norton, New York 1951, p. 132.

Note

¹¹ Citato in BEACH e LIKOURIS, *Sex Education*, p. 323.

¹² Citato in J. ORIEUX, *Voltaire*, tr. di Barbara Bray e Helen B. Lane, Doubleday, New York 1979, p. 349.

10. Il sesso su ricetta

¹ Vedi in generale, T. S. SZASZ, *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, La. 1977; Harper Colophon, New York 1977.

² SANT'AGOSTINO, *Confessioni*, p. 157.

³ *Ibid.*

Stampato nel mese di marzo 1982 da "La Tipografica Varese"

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO