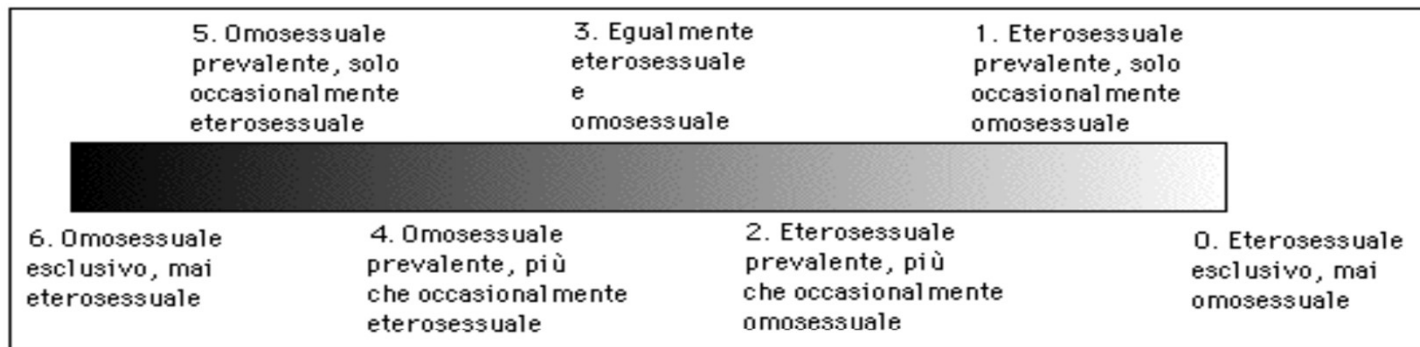


ORIENTAMENTO SESSUALE

Definizione

Con orientamento sessuale si intende la **tendenza a rispondere a certi stimoli sessuali, che sono costituiti dagli oggetti (persone o, talora, anche cose o situazioni) che riescono a indurre nel soggetto attivazione e interesse sessuale**. La dimensione saliente dell'orientamento sessuale è il sesso del proprio partner. Questa classe di stimoli riguarda ovviamente il fatto che la persona si definisca eterosessuale, omosessuale o bisessuale (identità dell'orientamento sessuale).

I primi autori a cercare di andare oltre l'andamento dicotomico, che caratterizzava le concettualizzazioni classiche sull'orientamento sessuale, sono stati Kinsey, Pomeroy e Martin (1948), che proposero la ormai famosa "Scala Kinsey".



Dimensioni

Contrariamente all'andamento **bipolare** dell'orientamento sessuale descritto dalla "Scala Kinsey", attualmente l'orientamento sessuale tende a essere concettualizzato in modo **multidimensionale**, come dimostrano le seguenti scale, che a volte sconfinano nella valutazione dell'identità sessuale.

Klein Sexual Orientation Grid

La **Klein Sexual Orientation Grid** (KSOG; Klein et al., 1985; Klein, 1993) misura:

- comportamento sessuale
- attrazione
- fantasie sessuali
- preferenze sociali
- preferenze emotive,
- autoidentificazione
- stile di vita.

Queste variabili vengono considerate in relazione al **passato**, al **presente** ed alla **dimensione ideale**. Viene così a crearsi una griglia costituita da 21 caselle all'interno della quale le sette variabili sono valutate su di una **scala da 1 a 7**, simile a quella da 0 a 6 della Scala Kinsey, con la quale si intende cogliere il **continuum eterosessuale-omosessuale**.

Scala di Coleman

Con la stessa intenzione, lo psicologo Eli Coleman (1987) ha costruito uno strumento di assessment dell'orientamento sessuale comprensivo di nove dimensioni:

- 1) presenza o assenza di una **relazione** nella vita attuale della persona;
- 2) **autoidentificazione attuale** per quanto riguarda l'orientamento sessuale;
- 3) **autoidentificazione ideale** relativa all'orientamento sessuale;
- 4) grado di **auto-accettazione** relativamente all'integrazione nella propria identità sessuale dell'orientamento sessuale;
- 5) **identità fisica**, con riferimento alla dotazione cromosomica;
- 6) **identità di genere**, cioè il senso psicologico o le convinzioni di base di essere un maschio o una femmina;
- 7) **ruolo sessuale**, vale a dire la maggiore o minore aderenza alle norme culturalmente stabilite di atteggiamenti e comportamenti appropriati maschili e femminili;
- 8) **identità di orientamento sessuale**, che viene valutata tramite misurazioni distinte del comportamento sessuale, delle fantasie sessuali e dell'attaccamento emotivo;
- 9) **identità sessuale ideale**, che comprende la valutazione dei quattro elementi appena descritti in relazione ad un ideale futuro, così da potere appurare il grado di permanenza nel tempo dell'orientamento e ulteriormente stimare l'auto-accettazione del soggetto.

Scala di Shively e DeCecco

Secondo Shively e DeCecco (1977) l'orientamento sessuale può essere misurato:

- separatamente per l'**omosessualità** e l'**eterosessualità**;
- su una scala a **cinque punti**;
- per due differenti dimensioni (**attrazione fisica** ed **affettiva**):

Sell Assessment Scale

La Sell Assessment (Sell, 1996) misura l'orientamento sessuale su un **continuum**, considerando varie dimensioni e in modo indipendente l'**omosessualità** e l'**eterosessualità**.

Contiene 6 domande sull'**attrazione sessuale**, 4 sul **comportamento sessuale** e due sull'**identità dell'orientamento sessuale**.

Diagnosi

Diagnosi

Il *DSM*, fino alla sua seconda definizione, pur elencando e suddividendo i disturbi mentali in varie categorie, non conteneva alcuna definizione di cosa fosse un disturbo mentale o la normalità.

Nel 1973 Spitzer rispose a questa necessità proponendo che un disturbo mentale fosse caratterizzato da almeno uno dei due seguenti criteri:

- a) **sofferenza soggettiva** oppure
- b) **danneggiamento dell'efficacia o del funzionamento sociale.**

Affermò, inoltre, che l'omosessualità non rispecchiava questi criteri in quanto molti omosessuali erano soddisfatti del loro orientamento sessuale e non dimostravano un funzionamento o un'efficacia sociali danneggiati.

Diagnosi

In seguito alle affermazioni di Spitzer nel corso del meeting del 1973 dell'American Psychiatric Association, il Board of Trustees diede la sua approvazione definitiva alla rimozione dell'omosessualità dal *DSM* e la sostituì con il “**Disturbo dell'Orientamento Sessuale**”, proposto dello stesso Spitzer.

In una votazione a porte chiuse, 13 Trustees votarono in favore del cambiamento e 2 si astennero. Tuttavia alcuni psichiatri, guidati da Edmund Bieber e Charles Socarides, contestarono aspramente tale decisione e ottennero che la cancellazione dell'omosessualità fosse sottoposta ad un referendum tra tutti gli iscritti all'APA. Il referendum, tenuto per posta, confermò comunque la decisione favorevole alla cancellazione con 5.816 voti a favore e 3.817 contro.

Diagnosi

In un documento approvato definitivamente nel dicembre del 1973 fu proposta ed accettata la seguente modifica al *DSM*: «*Proposta riguardante l'omosessualità e la nomenclatura APA: Omosessualità come una forma di comportamento sessuale e Disturbo dell'Orientamento Sessuale come disturbo psichiatrico*».

A partire dal 1974 l'omosessualità venne quindi cancellata dai disturbi mentali presenti nel *DSM* e, nella settima edizione del *DSM-II*, venne invece inserito il “**Disturbo dell'Orientamento Sessuale**” relativamente al quale, sempre nello stesso documento, si può leggere: «*Questa categoria diagnostica è distinta dall'omosessualità, che in sé non costituisce un disturbo psichiatrico*». E ancora: «*Questi individui hanno una condizione psichiatrica definita dal criterio di **angoscia soggettiva**, che cerchino o no aiuto professionale. [...] Questo vale per quegli individui i cui interessi sessuali sono diretti primariamente verso persone dello stesso sesso e che sono agitati dal loro orientamento sessuale, in conflitto con esso, o desiderano cambiarlo*».

Diagnosi

Successivamente, in conclusione di un lungo dibattito la Ad Hoc Committee fu convinta dalle argomentazioni contro il mantenimento della diagnosi di “Omosessualità egodistonica” la quale fu cancellata. Nel *DSM-III-R* fu conservata solo la notazione già esistente, tra i Disturbi Sessuali NAS, di un **«Persistente e intenso disagio riguardo all’orientamento sessuale»**.

DEFINIZIONE di DISTURBO MENTALE

DSM-IV

Il DSM-IV osserva che "... sebbene questo manuale fornisca una classificazione dei disturbi mentali, si deve ammettere che nessuna definizione specifica adegua i confini precisi per il concetto di 'disturbo mentale'. Il concetto di disturbo mentale, come molti altri concetti in medicina e scienza, manca di una definizione operativa coerente che copra tutte le situazioni. [...] I disturbi mentali sono stati definiti anche da una varietà di concetti (ad esempio, angoscia, discontrollo, svantaggio, disabilità, inflessibilità, irrazionalità, pattern sindromico, eziologia e deviazione statistica). Ognuno è un indicatore utile per un disturbo mentale, ma nessuno è equivalente al concetto e situazioni diverse richiedono definizioni diverse".

Il DSM-IV prosegue, tuttavia, osservando che, "[...] la definizione di disturbo mentale inclusa nel DSM-III e DSM-III-R è presentata qui perché è utile come qualsiasi altra definizione disponibile e ha aiutato guidare le decisioni riguardo a quali condizioni, al confine tra normalità e patologia, dovrebbero essere incluse nel DSM-IV. Nel DSM-IV, ciascuno dei disturbi mentali è concettualizzato come una sindrome o modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo che si verifica in un individuo e che è associato con il disagio presente (es. un sintomo doloroso) o disabilità (cioè, compromissione in uno o aree di funzionamento più importanti) o con un rischio significativamente maggiore di subire morte, dolore, disabilità o un'importante perdita di libertà. Inoltre, questa sindrome o modello non deve essere semplicemente una risposta prevedibile e culturalmente autorizzata a un evento particolare, ad esempio la morte di una persona cara. Qualunque sia la sua causa originale, deve attualmente essere considerata una manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica nell'individuo. Né il comportamento deviante (ad esempio, politico, religioso o sessuale) né i conflitti che sono principalmente tra l'individuo e la società sono disturbi mentali a meno che la devianza o il conflitto non siano un sintomo di una disfunzione nell'individuo, come descritto sopra".

DSM 5

Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale.

Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente.

DSM 5 - Introduzione all'edizione italiana

«La definizione che il DSM-5 fornisce di "disturbo mentale" non è di grande aiuto» perché «contiene un elemento di tautologia (è disturbo mentale ciò che è "clinicamente significativo"), un elemento assai difficile da rilevare allo stato attuale delle conoscenze (che vi sia una "disfunzione nei processi che sottendono il funzionamento mentale") e un elemento comune a una varietà di problemi di salute mentale (causare un disagio o una disabilità significativi)».

«In questa situazione diventa essenziale, al momento di decidere sull'inserimento nel sistema diagnostico di un nuovo pattern o problema di salute mentale, identificato in modo attendibile e riproducibile in contesti clinici o di comunità, attuare un bilancio tra i possibili benefici di tale inserimento (in termini di predizione di determinati esiti o di disponibilità di interventi terapeutici efficaci) e i possibili rischi (in termini di stigma e di uso improprio di interventi, soprattutto farmacologici, valida ti per altre condizioni)».

«La seconda questione fondamentale è: come definire il confine tra patologia e normalità per i vari disturbi mentali? Una possibile soluzione è quella adottata dal DSM-III e dai suoi successori: fissare delle soglie basate sul numero e la durata dei sintomi e sul grado di compromissione del funzionamento sociale. Tuttavia, come abbiamo visto, queste soglie, determinate inizialmente sulla base di un consenso tra esperti, contando su una successiva validazione empirica, non hanno per lo più avuto tale validazione.

Purtroppo, i field trials del DSM-5 non hanno affrontato questo problema cruciale della validazione delle soglie, e la nuova edizione del manuale ha confermato automaticamente le soglie precedenti (come nel caso della depressione maggiore) o le ha modificate senza una sufficiente base empirica (come nel caso dell'anoressia e della bulimia nervosa)».