

Psicopatologia e sessualità

di Antonio Imbasciati*

Psicopatologia da disturbi sessuali, o disturbi sessuali da psicopatologia?

E' da tempo nozione comune che molte psicopatologie sono accompagnate da disturbi della sessualità. Un po' meno noto, ma ugualmente riconosciuto è l'evento inverso: pazienti che ci si presentano per disturbi della sessualità hanno spesso una psicopatologia, messa in secondo piano, o perché non grave, o perché dall'interessato scotomizzata. Ad un occhio clinico attento, gran parte dei disturbi sessuali (tutti, se l'occhio oltre che attento è esperto) si accompagnano a qualcosa di più generalmente psicopatologico, che interessa quel soggetto. Siamo qui nel continuum tra normalità e patologia, ma siamo anche in un continuum che interessa la sessualità. Quale è la sessualità normale? E che cosa è il disturbo sessuale?

Se un uomo è impotente, sempre e comunque, riconoscerà il "disturbo", anzi in questo caso la propria anormalità. Così pure se una donna è totalmente frigida, ancor più se dispareunemica, si riconoscerà come "disturbata". Ed ancora, nel caso che un uomo si senta eccitato da oggetti che nulla sembrano aver a che fare con il sesso (per esempio scarponi da sci, o pentole da cucina, come in casi da me osservati) o si senta attratto da un coito con le bestie e non con esseri umani, riconoscerà la sua patologia; così pure se una donna si sentirà eccitata dall'andare in aereo. Ovvero, in tutti i casi salienti al senso comune il soggetto si mostra conscio di essere "fuori norma". Ma in altri casi di minore entità, o di minor appariscenza, il riconoscimento di essere disturbati è soggettivamente variabile.

Può darsi che un uomo si senta normale, anche se in certe occasioni non ha erezione: può pensare che in quelle circostanze qualcosa glielo ha impedito, mentre si ritiene perfettamente "a posto" in quanto altre volte il suo corpo risponde. In queste identiche condizioni altri uomini potrebbero sentirsi non normali. E può anche darsi che un uomo si senta poco normale perché non ha voglia di più di un coito alla settimana, mentre altri si riterranno del tutto soddisfatti. Analogamente una donna può ritenersi normale se qualche volta non raggiunge l'orgasmo, perché altre volte lo raggiunge con soddisfazione: nelle stesse condizioni un'altra donna può ritenere di avere un disturbo nella sua sessualità. Così pure, sempre in ambito femminile, è il giudizio soggettivo dell'interessata a dare connotati di normalità, piuttosto che di patologia, a qualche difficoltà di dilatazione, di secrezione o comunque di penetrazione. Con più evidenza spicca il giudizio soggettivo in tutti i casi di frigidità parziale: un piacere modesto, o un orgasmo poco percepito nelle sue effettive componenti, può essere ritenuto normale da qualche donna: salvo che in altre occasioni, per esempio con un altro uomo, si accorga di non essere stata fino ad allora "molto normale". Insomma il "disturbo", o in altri termini la "patologia", dipende da quanto il soggetto considera, o tollera, o accetta, di quello che gli accade nella sfera sessuale. La patologia-normalità dipende dal disagio avvertito.

Vi sono poi altre anomalie, evidenti agli osservatori esterni, che però non sempre e non allo stesso modo sono riconosciute dall'interessato: si tratta dell'area detta delle perversioni. Un sadico, se di modesta entità, può non sentirsi anomalo, tanto meno "perverso". Così pure per i masochisti; ed anche per i feticisti: si pensi al continuum che va dai gusti sessuali di abbigliamento per l'incontro erotico ai casi in cui siano gli accessori di abbigliamento e solo quelli a destare l'eccitazione. Ma talora anche in perversioni gravi, tipo lo "strangolatore di Boston", il soggetto può non sentirsi disturbato: qualunque osservatore esterno pensa però che in tal caso una grave psicopatologia obliteri qualunque percezione di anormalità.

* Professore ordinario di Psicologia clinica e direttore dell'Istituto di psicologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. www.imbasciati.it

Tutte le perversioni, se nei loro prototipi salienti (sodomasochismo grave, necrofilia, zoorastia, pederastia, coprofilia, feticismo ecc.), sono riconosciute patologiche indipendentemente dal giudizio del soggetto, nel caso che siano di minor entità, è il giudizio sociale, o culturale, o morale che decide della normalità. Qui intercorre un grosso dibattito psicosociologico, su quanto l'etichetta "perversione" dipenda da valori morali, culturali e giuridici, piuttosto che da pretesi criteri psicopatologici. Su questi ultimi, poi, si innesta il dibattito su normalità-patologia, cruciale nelle scienze psicologiche. La problematicità di quanto sopra appare evidente quando si considerano le etichette di cui sopra, a mio avviso definibili come psichiatrico-sociali, nei casi di lieve entità: si pensi alle infinite gradazioni del sadismo e del masochismo, e ai casi in cui questo non si espliciti nella sessualità ma solo a livello interpersonale, o ancora al continuum tra pederastia e pedofilia, al già citato caso di un modesto feticismo; e infine all'omosessualità, oggi non più considerata perversione e da alcuni criteri psichiatrici neppure come "patologia".

Il quadro sopra delineato ci riporta comunque al fatto che in campo sessuale giungono all'osservazione come anormali soltanto i casi in cui il soggetto si senta disturbato, o "gli altri" si sentano disturbati dal comportamento della persona osservata; quest'ultimo caso appare giustificato quando interviene un rischio di pericolosità sociale, mentre è discutibile quando un tale evento altrimenti disturbi un costume culturale. Insomma, per qualunque patologia psichica occorre chiedersi: "Chi turba il disturbo?" (Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008)¹. Per la sessualità, nella stragrande maggioranza dei casi la valutazione del "disturbo" dipende dalla persona interessata, che si sente disturbata, e ricorre a cercare un qualche aiuto. Dove, lo vedremo; e anche questo è discutibile.

Il criterio di "disturbo della norma", cioè di anormalità, sembra dunque che per la sessualità sia soprattutto affidato al disagio avvertito e lamentato dal soggetto, o da altri, come per esempio il partner. Ciò è però vero anche per qualunque psicopatologia.

Sui criteri per definire la normalità/patologia, nel continuum della variabilità psichica interindividuale, la letteratura è ricchissima. Il criterio classificatorio della tradizione psichiatrica da tempo fu messo in crisi: combattuto, affinato e ristrutturato, di nuovo criticato, sposato o dispregiato. Basti pensare alle alterne vicende delle successive edizioni del D.S.M. Per la sessualità il problema sembra meno avvertito: da un lato perché qui viene giocata la fisiologia degli organi genitali come fosse parametro discriminante, e quindi classificatorio; dall'altro perché il disagio rientra in una sfera molto più privata, che quindi meno si impone al rilievo altrui.

Un nodo problematico nel dibattito normalità-patologia, sta a mio avviso (Imbasciati, 1993) nell'idea, mutuata a priori dalla tradizione medica, che la psiche normale consista in uno standard determinato dal cervello e questo sia determinato dalla genetica. Come corollario di questo assunto deriva l'idea che la patologia sia individuabile come un qualche "guasto", intervenuto in un "naturale" sviluppo psichico o interveniente nelle funzioni mentali del momento. I suddetti due postulati, se validi tuttora in medicina, non sono però applicabili né alla psiche né al cervello, giacché gli studi neurofisiologici da alcuni lustri hanno dimostrato come la struttura funzionale ed anche morfologica del cervello (proliferazioni sinaptiche e reti neurali) venga "costruita" in seguito all'elaborazione che ogni singolo soggetto fa dell'esperienza che attraversa, soprattutto quella neonatale e infantile. Il concetto di maturazione neurologica, cerebrale in particolare, è oggi cambiato: non si tratta di una maturazione dovuta a uno sviluppo "naturale" iscritto nella genetica, bensì di una strutturazione delle connessioni nervose a seguito di come l'iniziale struttura elabora l'esperienza. La genetica provvede alla macromorfologia del cervello, ma la micromorfologia e le peculiarità funzionali vengono a costruirsi a seguito delle esperienze. Tra queste, incisive in quanto condizionanti ogni sviluppo successivo sono le modalità di fare esperienza del primo anno di vita: lo sviluppo del cervello emotivo (mesolimbico) e soprattutto dell'emisfero destro, con il loro primo sistema di memoria (centrato sull'amigdala) dipendono dal dialogo affettivo madre-neonato. Il dialogo cosiddetto affettivo è in effetti costituito da reciproci messaggi non verbali, tra bimbo e caregivers, attraverso cui il bimbo "impara" e

¹ Per quanto riguarda Imbasciati & Margiotta, 2005, si veda il capitolo 6; per quanto riguarda Imbasciati & Margiotta, 2008, si veda il capitolo 5.

tale apprendimento struttura il suo cervello. Fondamentale è che il dialogo sia sintonico e costruttivo, piuttosto che deficitario e disorganico, tra i due emisferi destri di madre e neonato (Schore, 2003a, b; Imbasciati, 2008a, b). Nessuno ha un cervello uguale ad un altro. Ogni "mente" viene costruita, in modo singolarmente irripetibile, dal singolo soggetto; in quanto così si costruisce il suo cervello.

Da queste scoperte discende che qualunque sviluppo mentale (e quindi costruzione di un sistema neurale) e qualunque funzione psichica devono essere inquadrati nella storia individuale del singolo soggetto, indipendentemente dall'essere catalogati nella norma piuttosto che in una patologia, vale a dire, secondo l'etimo, in una loggia di un qualche male (pathos) intervenuto a guastare una supposta "natura" dell'homo sapiens, ritenuta uguale per tutti. Pertanto un criterio per discriminare nello psichico qualcosa che possiamo consensualmente denominare normale da qualcos'altro che, più che patologico, sarebbe meglio definire anomalo, o statisticamente deviante, va cercato altrimenti: non nella causa dell'anomalia, ma nelle circostanze per cui quel singolo individuo si è trovato a elaborare la sua esperienza (sappiamo soprattutto relazionale), cosicché si è costruita quella sua peculiare struttura funzionale della mente. L'uso del termine stesso di "patologia", e psicopatologia in particolare, può risultare fuorviante in quanto il suo alone semantico rinvia a una norma naturale e a una causa che l'ha turbata. All'idea di una causa che avrebbe guastato la norma, va sostituita la concezione di una rete pluricausale, di infiniti fattori, inerenti non solo all'esterno, ma agli iniziali modi interni di processare le informazioni, per cui ogni individuo viene a costruirsi a suo modo, anche a parità di condizioni esterne. La normalità psichica va allora ricercata nella ottimalità e desiderabilità (in funzione adattativa) del funzionamento mentale (Imbasciati, 1993, 2008a), per l'interessato e contemporaneamente per i suoi simili e prossimi. Il discorso si sposta allora dalla mera osservazione del comportamento all'indagine sulla genesi psichica che ne sta a monte.

Il suddetto discorso e i relativi criteri vanno pertanto applicati alla sessualità, considerandone non tanto il tipo di funzionamento degli organi genitali, ma la dimensione psichica che ne sta a monte. Qui c'è da sfatare un pregiudizio radicato, non solo nel senso comune, ma anche in molti ambiti scientifici: che, cioè, la psiche risenta della sessualità perché questa sarebbe di natura biologica e da tale base biologica influirebbe sulla psiche. Al contrario sono strutture psichiche ed eventi psichici a originare e modulare la sessualità. La sessualità è un'emozione; il funzionamento degli organi genitali è l'aspetto fisico di tale emozione. Tutte le emozioni hanno manifestazioni somatiche, che sono variabili da individuo a individuo. Per la sessualità la variabilità è enorme, così come cospicue sono le modificazioni somatiche di questa particolare emozione. Dunque una dimensione psichica sta sempre a monte della fisiologia genitale. L'elaborazione neurale degli eventi psichici, effettuata nel cervello emotivo, genera le modificazioni somatiche. Molti pregiudizi culturali e gratuite illazioni provenienti dalla tradizione medica occidentale fanno sì che si pensi che la psiche intervenga a impedire, alterare, guastare "il normale" svolgersi delle funzioni genitali: viceversa la psiche è sempre presente nel determinare le specifiche modalità con cui qualunque atto sessuale (che lo denominiamo patologico o no) si svolge, nel corpo ma soprattutto nella mente di un certo singolo individuo.

Gli studi di Stoller (1968) e per contro quelli degli Harlow (Schrier, Harlow & Stollnitz, 1965) aprirono la strada alle scoperte progressive di quanto la sessualità fosse una dimensione psichica, di cui gli eventi organici genitali sono uno degli epifenomeni. Il piacere sessuale stesso è un "costrutto mentale" (Imbasciati, 1987, 2010a), nel senso che si origina non negli organi, ma a livello centrale, psichico dunque, indipendentemente da come la capacità di coscienza di quell'individuo lo percepisca. Non solo le condizioni in cui esso sorge, ma anche la sua stessa qualità soggettiva sono dati da funzioni mentali: cioè da come la costruzione della mente di quell'individuo è in grado di processare tutte le informazioni derivate dalle circostanze di quel momento, esterno e interiore, confrontate con tutte le memorie implicite, che fanno sì che quel momento sia "letto" come erotico, e vissuto fino alle modalità psichiche in cui a livello centrale parte il comando per le modificazioni somatiche periferiche. Parimenti è a livello centrale che si genera la percezione di un piacere.

Il piacere sessuale è l'aspetto sensoriale di un'emozione, ancorché particolarissima nel vissuto soggettivo rispetto alle altre emozioni, che, come tutte le emozioni ha correlati

corporei, in modificazioni di vari apparati del corpo, non solo genitali, e nella sensorialità. Nel senso comune si pensa che la situazione erotica provochi emozioni: in realtà essa è un'emozione. Nessuna situazione è erotica di per sé, ma per come viene "letta". Comunemente si pensa che il piacere sessuale, quello orgastico in particolare, sia sensoriale: in realtà, alla luce delle attuali scoperte neurofisiologiche e psicofisiologiche, esso non è di natura propriamente sensoriale, bensì è un aspetto sotto forma di percezione, dell'emozione erotica. Il fatto che tale percezione venga soggettivamente localizzata ai genitali, fa pensare che si tratti di una sensorialità specifica vera e propria, ma così non è: la specificità che viene percepita non è generata da organi sensoriali specifici, è invece costruita a livello centrale.

Di solito non si crede di arrossire perché si sente calore alle guance, né si pensa che sia il rossore che ci fa vergognare, cioè che l'emozione in questione consista in ciò che ci accade sul volto. Forse qualche alessitimico può avere questo vissuto. Per la sessualità sono molti, invece, ad essere un po' alessitimici: complici la cultura, un certo maschilismo, nonché la maggior pregnanza degli eventi somatici sessuali. In realtà le afferenze sensoriali di qualunque evento sessuale non sono specifiche, del piacere, né dei genitali, come invece avviene per esempio per le afferenze visive e auditive. Il piacere è il risultato finale nella soggettività di una processazione di molteplici afferenze: vi sono certo quelle provenienti dai genitali, ma si tratta di afferenze tattili, propriocettive e (paradossalmente) dolorifiche, e comunque è indispensabile che esse vengano integrate con tante altre afferenze, per le quali la situazione globale viene letta come erotica, e soprattutto con memorie, implicite e non consapevoli. È tale lettura che produce alla coscienza la percezione di un piacere.

Il fatto che esistano dei riflessi, tra stimolazione meccanica dei genitali e il loro grado di vascolarizzazione, ha favorito la concezione biologistica (e medicalistica) di un piacere sessuale come inerente agli organi, anziché alla mente. Altri fattori, culturali e più profondamente psichici (difese), intervengono in questa "esternalizzazione localizzata" di un'emozione; nonché il fatto che al suo compimento comportamentale intervengano vistosi fenomeni vascolari, secretori, muscolari, che sembrano quasi "distrarre" la mente da se stessa. Ma è nella mente che avviene l'orgasmo: ovviamente nella mente emotiva, di cui abbiamo una consapevolezza del tutto nebulosa.

Torniamo allora al discorso di una supposta normalità-patologia della sessualità, considerando non semplicemente le grosse anomalie, né il perché un soggetto si lamenti o sia a disagio per eventi corporei che per altri sono accettate e considerate normali, ma considerando l'infinita e continua gamma delle differenze interindividuali. Perché una situazione è "erotica"? La stessa situazione può essere "letta" diversamente da individuo a individuo. La nostra attenzione è colpita da quelle vistose anomalie che chiamiamo perversioni, e, per la loro vistosa devianza degli standard vissuti e percepiti dalla stragrande maggioranza degli individui, ne presupponiamo una genesi organica, che vorremmo ricondurre alla genetica. Ma dovremmo concentrarla sul perché, nella gamma della cosiddetta normalità, un certo soggetto è attratto eroticamente da certe circostanze piuttosto che da altre, da certi particolari di configurazioni visive, tattili, auditive, e (soprattutto, anche se trascurate) olfattive. Perché l'emozione erotica sorge con tanta varietà interindividuale? E perché i comportamenti che ne conseguono sono anch'essi, e ancor più, così diversi, nel vissuto, e nella condotta, non solo, ma anche nella fisiologia del corpo? In quest'ottica il fatto, per esempio, che un'erezione sia più o meno frequente o duratura, o connessa a certe circostanze (quelle di partnership sono le più note, ma ve ne sono molte altre che riguardano il singolo soggetto) porta, o dovrebbe portare, a indagare le funzioni psichiche che in tal peculiare modo la producono. Analogamente per il tempo e il modo dell'eiaculazione. Ed ancora per la durata del periodo refrattario, e per la possibilità di replicare più orgasmi. Così pure per la donna, ed ancor più per le frequenti situazioni che in una donna vi sia, o no, una certa dilatazione, un determinato rilassamento, l'entità di secrezioni e trasudazioni, anch'esse squisitamente individualmente connesse a certe circostanze, portano ad interrogativi, e dovrebbero condurre ad un'indagine, sulla loro primaria costituzione psichica.

Alla luce, dunque, sia della critica al concetto dicotomico normalità/patologia, sia dall'attuale concezione della maturazione neurologica, sia degli studi che hanno dimostrato l'essenza

della sessualità come specifica emozione, e pertanto legata come ogni emozione all'attivazione di memorie primarie inconsapevoli, grossolano, obsoleto e fuorviante appare il concetto che disturbi primari della sessualità causino disturbi del funzionamento psichico (potranno originare tutt'al più, in via secondaria e accessoria preoccupazioni coscienti, ma non veri disturbi), in quanto la sessualità è essa stessa espressione, in tutte le sue varianti comunque dalla cultura denominate e classificate, del tipo di funzionamento psichico del singolo individuo. Qualunque anomalia sessuale ha un corrispondente funzionamento neuropsichico: se denominiamo l'anomalia come patologica, dovremmo parlare di psicopatologia. Sul funzionamento psichico pertanto va centrata sia l'indagine scientifica, sia gli eventuali interventi clinici quando il soggetto addivenga a cercare aiuto per modificarsi, sia anche, come vedremo, interventi preventivi, per favorire uno sviluppo psichico ottimale e con esso una sessualità ottimale (Imbasciati, 2010a).

Le origini della dimensione sessuale.

Da un punto di vista clinico, dunque, quando una persona si sente "disturbata" da qualcosa che non avverte soddisfacente nelle sue funzioni sessuali, dobbiamo indagare nelle sue strutture psichiche: meramente sintomatico sarebbe un intervento, come di solito invece accade nella nostra situazione sanitaria, focalizzato sugli organi genitali. Continuando nei paragoni rispetto alle altre emozioni, potremmo dire, un po' paradossalmente, che si presenta insensato curare la vergogna sbiancando le guance con una crema o con un vasocostrittore, o la paura rinforzando gli sfinteri. Un disturbo che emerga nell'area sessuale denuncia sempre qualcosa di non ottimale nel funzionamento psichico. Curare una disfunzione sessuale, comunque lamentata dal soggetto, implica pertanto curare il suo funzionamento mentale; ovviamente quello, inconsapevole, che presiede alle emozioni. Questo, da quanto finora ci dicono le neuroscienze sulle complesse interazioni tra le varie parti dell'encefalo e in particolare sulla connessione tra la "parte emotiva" del cervello e tutto il sistema nervoso centrale (S.N.C.), significa curare la sua mente in toto. Allo stato attuale della psicofarmacologia, non disponiamo finora di possibilità di intervento selettivo per la modifica di quei funzionamenti neurali responsabili soltanto di quanto il soggetto lamenta. Non resta pertanto che la psicoterapia: una psicoterapia globale, condotta in profondità, viste appunto le correlazioni con le strutture primarie della mente.

Gli studi degli Harlow (1958, 1962, 1966) mostrarono sperimentalmente per la prima volta come l'eroticità e tutta la "dimensione" sessuale, accoppiamento e gestazione inclusi, avessero un'origine nelle cure materne del piccolo. Molta letteratura, scientifica e non, si è prodotta, sulle origini infantili (materne, soprattutto) delle situazioni suscettibili di essere processate e lette come attraenti ed erotiche. Se il fatto è accertato, non v'è tuttavia unanimità nell'aver chiarito come le esperienze precoci si connettano alla dimensione individuale della sessualità. Abbiamo tuttavia una vastissima letteratura, tuttora in progresso, in particolare quella che concerne i rapporti tra l'attaccamento e le vicende sessuali della vita adulta. Precedente e susseguente v'è tutta la letteratura psicoanalitica e quella improntata alle psicoanalisi, che hanno esplorato i fantasmi soggiacenti alla sessualità, l'immaginario sessuale, le angosce e le difese, strutturate in una persona per ciò che concernerà le sue vicende sessuali. La difficoltà a individuare precise connessioni tra costrutti teorici di indagine e sintomatologia sta nel fatto, fondamentale, che, a parte l'enorme variabilità delle disfunzioni lamentate, o comunque osservate – vedi perversioni – ogni caso, di ogni singola persona, è irripetibile nella sua stessa genesi psichica. Proprio per il fatto che nessuno ha un cervello uguale a un altro, nessuno una mente uguale a quella di un altro, non è possibile stabilire regole generali per chiarire come, per quali ragioni, per quale storia, per quali vicende rappresentazionali, per quali memorie implicite, in una singola persona si sia generato o si generi quel suo particolare, personale tipo di sessualità, con tutte le sue sfaccettature, somatiche, comportamentali, di vissuti e sentimenti, di motivazioni, di preoccupazioni e di percezioni coscienti.

La letteratura psicoanalitica ha descritto il progressivo sviluppo fantasmatico, dai primi oggetti interni (in particolare dal prototipo oggetto-interno-Seno) alle successive progressive

fantasie sul coito genitoriale, con le relative angosce, sensi di inferiorità e conseguenti difese, che conducono, differenziandosi nel bimbo maschio rispetto alla bimba, alle rappresentazioni che riguardano gli organi genitali e il loro congiungimento, alle fantasie sull'interno del corpo e sulla generazione dei bambini, e a tutti i vissuti e i sentimenti, alternanti e conflittuali, di invidia, odio, riparazione, amore, e infine a una simbolopoiesi che, da un nucleo centrale riguardante la generatività concreta carnale, passa progressivamente a una simbolopoiesi psichica, affettiva e cognitiva, che concerne l'intero sviluppo mentale. Una sintesi di tale letteratura è stata da me descritta, prima nel volume dal significativo titolo "Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo" comparso nel 1983, e dopo nel successivo testo del 1990) dal cui titolo, "La donna e la bambina" si evince l'accento sulla differenziazione maschile e femminile.

Tali descrizioni concernono l'individuazione di linee di sviluppo ricorrenti, che sono state riscontrate e inferite nei trattamenti psicoanalitici, degli adulti e dei bambini, e che hanno dato origine a una vastissima letteratura mondiale, nella quale spiccano le opere di celeberrimi autori. Queste descrizioni contengono ragionevoli spiegazioni di tutte le "varietà sessuali", dall'omosessualità alle perversioni, dalle inibizioni, fantasmatiche o comportamentali, alle più curiose anomalie, fino a problemi squisitamente interiori che pur non correlati a sintomatologie manifeste nell'area sessuale, nello sviluppo endopsichico sessuale sono state inquadrate. Tali descrizioni possono essere utili, sia a scopo conoscitivo entro l'intreccio della psichicità dell'homo sapiens, sia per la clinica di chi si appresta a modificare ciò che il soggetto richiede.

Tuttavia esse non possono oggi essere considerate esaustive. Gli studi sperimentali sull'attaccamento, dei bambini ma anche e soprattutto degli adulti, e le neuroscienze, indicano che a monte, per esempio, delle angosce di penetrazione femminile connettabili all'invidia distruttiva del grembo materno, con la conseguente ritorsione, o dell'inferiorità maschile del "pene-che-fa-solo-pipi", o, per converso, dell'impotenza per paura di possibili crudeli vendette alle figure genitoriali congiunte, vi stanno altre costruzioni psichiche, più primitive. Quanto sopra ricordato circa la fantasmatica elucidata dagli studi psicoanalitici, concerne il cosiddetto immaginario sessuale: con questo termine si intende tutta una serie di rappresentazioni che vanno da immagini coscienti o coscientizzabili, che abitano per così dire le fantasie sessuali della maggior parte degli uomini e delle donne (differenziatamente, ovviamente: si parla di immaginario maschile e di immaginario femminile), a immaginazioni definibili come preconsce, o meglio meno consapevoli. Ma, a livello più profondo di quanto può essere definito immaginario, vi sono le phantasies inconsce (della clinica neokleiniana). Da fantasticherie fabbricate dalla coscienza, si passa ad altre ad essa un po' meno accessibili, fino a fantasmagorie sempre meno raffigurabili, ma sotto queste ci sono eventi psichici più elementari, del tutto inimmaginabili per la mente adulta (Imbasciati, 2006). "L'immaginario" è stato indagato in studi psicosociali e transculturali ed utilizzato a livello commerciale, nei mass media, nella pubblicità, nei fumetti (Imbasciati & Castelli, 1975), nelle riviste di moda e di altro vario genere, nel cinema ed oggi soprattutto in televisione. D'altra parte si trova spesso rappresentato nell'arte, e qui in forme alquanto più primitive: si pensi al surrealismo. Ma a livello ancor più primitivo questo immaginario sfuma in un continuum con quanto la psicoanalisi ha inferito e descritto come oggetti interni, inconsci, ben difficilmente traducibili in forme raffigurabili. In realtà, andando ancor oltre a ritroso nello sviluppo psichico dell'infante, ci troviamo a intuire memorie implicite del tutto inimmaginabili. Nella teorizzazione che ho sviluppato sotto la denominazione di Teoria del Protomentale (Imbasciati, 1994, 1998, 2005, 2006), ho ipotizzato una descrizione sequenziale di sviluppo al cui inizio possono essere collocate memorie fetali e neonatali: si tratta di rappresentazioni mnestiche che nulla hanno a che fare con una rappresentabilità in forme figurali, in un'accezione pertanto del termine di rappresentazione estremamente estesa, per cui ho preferito usare il termine di engramma, anziché quello di rappresentazione; con questo ho indicato che "qualcosa" di molto elementare si è costruito nella funzionalità psiconeurale: si tratta in gran parte di rappresentazioni di funzioni, man mano che l'individuo – feto, neonato – impara "a fare qualcosa".

Memorie implicite, analoghe anche se più omnicomprensive di quanto gli studi sull'attaccamento hanno enucleato come modelli operativi interni, sono state individuate

dagli studi di Psicologia Clinica Perinatale come memorie relazionali, o memorie dello “stare con”. Memorie affettive, come con termine più vago erano state considerate. Si tratta della genesi esperienziale degli affetti, che pur sempre sono stati appresi dalle interazioni relazionali, a cominciare da quelle coi caregivers: degli affetti che si intrecciano a comporre la relazione sessuale, reale o immaginabile che sia; e non si parla semplicemente di amore, come comunemente si suole connettere alla sessualità, bensì dei più complessi vissuti di odio e distruttività: le perversioni ce lo illustrano.

Tutto quanto sopra, fugacemente riassumendo vari vertici, ho menzionato, va a costituire la dimensione sessuale dell'individuo, considerata non semplicisticamente negli epifenomeni somatici e comportamentali, bensì nelle sue radici psichiche: poiché, come dimostrato, la sessualità è una dimensione della mente, essa ha una sua storia, di progressive vicende esperienziali accadute a quell'individuo e processate in quel modo dalle capacità che via via fin dalle origini della vita quell'individuo ha acquisito, e con le quali si è strutturato quell'insieme di memorie che regolano e regoleranno la vita sessuale, e psichica ancor più, affettiva, nel bene amorevole o nella distruttività, di quella persona.

Con un ultimo accenno, a connessione congruente con l'affermata pregnanza della sessualità dell'homo sapiens in tutta la sua vita psichica, possiamo citare come a livello cerebrale molti neuromodulatori che regolano il funzionamento mentale globale, hanno a che fare con la mediazione delle sensorialità che assumono connotati sessuali consapevoli e delle modificazioni somatiche che più direttamente sono connesse all'esplicazione delle funzioni più strettamente sessuali. In particolare si tratta di neuro modulatori del cervello emotivo: tra i più indagati figurano il sistema dopaminico, implicato in tutte le situazioni di piacere e l'ossitocina. È stata questa chiamata “l'ormone dell'amore”. Tale denominazione è stata originata dall'aver constatato come il tasso di tale increzione ormonale sia connesso, oltre che all'espletamento del parto, agli eventi del coito e soprattutto alle capacità di accudimento amorevole dei neonati. Si è detto anche che l'amore potrebbe ridursi a questione di ormoni. Tale sommario pre-giudizio è del resto da tempo diffuso nella cultura popolare sulla sessualità, e si presta ad un fraintendimento biologistico: pensare che è “la Natura” che provvede gli ormoni e che questi regolano il comportamento sessuale, che in tal modo viene considerato come fosse un istinto. In realtà l'ossitocina, così come tutti gli altri ormoni non sono il primum agens del comportamento, ma soltanto i mediatori: è il cervello, cioè l'elaboratore mentale, che dà il via agli ormoni; è lo psichico che fa produrre l'ossitocina.

L'ossitocina si origina in alcuni nuclei dell'ipotalamo e attraverso questo, via neuroipofisi-adenipofisi, regola l'intero sistema ormonale, mentre si diffonde in altre zone cerebrali (formazioni ippocampali del cervello emotivo) producendo i vari suoi effetti (Lee, Macbeth, Pagani & Young, 2009): è dunque il funzionamento cerebrale, del cervello emotivo con la sua capacità elaborativa dell'emisfero destro, che dà il “comando” per l'ossitocina. È questa semplicemente il mediatore: la sostanza dell'evento è che il cervello, ovvero la mente, “comanda” che si attivino capacità amorevoli. E queste anche, e particolarmente, nell'incontro sessuale. Che far l'amore faccia bene all'amore è stato sbandierato. Meno riduttivamente, nella luce delle scienze lo possiamo chiarificare. È da notare come gli effetti che sono stati riscontrati in relazione all'increzione di ossitocina, appaiano disparati, ma in realtà abbiano un chiaro comun denominatore. Sono stati infatti rilevati i suoi effetti sulle contrazioni uterine, che favoriscono il parto (dunque anch'esso un evento sessuale: Bydlowski, 2007), sul desiderio e sull'eccitabilità sessuale, sulle capacità di accudimento, sulla secrezione del latte e la promozione dell'allattamento, sull'attenuazione della percezione del dolore e dell'ansia, sulla capacità di apprendimento e soprattutto – dato a mio avviso interessante – sull'attenzione al volto umano con un incremento della capacità di cogliere le emozioni, proprie e altrui (Domes, Heinrichs, Michel, Berger & Herpertz, 2007), cioè delle capacità antialessitimiche (Imbasciati & Margiotta, 2008). Tutti questi effetti, ma soprattutto l'ultimo, che Domes chiama “Mind Reading”, dimostrano il coinvolgimento neuropsichico globale e in particolare l'insieme funzionale che viene chiamato intelligenza emotiva (Goleman, 1995).

Tutto questo dimostra come la sessualità sia da inquadrarsi in un lavoro del S.N.C. L'ossitocina ne è mediatore di effetti multipli, in realtà tutti manifestazioni dell'intelligenza

emotiva. Che questa presieda sia alle funzioni riproduttive, sia alle capacità di empatia, sia all'accudimento dei piccoli, sia al godimento sessuale sembra dimostrare come tutte queste funzioni, che un occhio superficiale percepisce come disparate, sono in realtà manifestazioni di quanto possiamo definire capacità amorevoli. Ed è il cervello, nel tipo di elaborazione che compie riguardo a quanto sul versante psichico chiamiamo lavoro emotivo inconsapevole, che "comanda", regola le capacità amorevoli.

Gli affetti, dunque, sono la base delle condotte sessuali: gli affetti inconsapevoli, frutto del lavoro emotivo del cervello, gli stessi che hanno a che fare con l'amore più in generale, e con la capacità di accudire e ben far crescere i figli (Imbasciati, 2008b, 2010b). Resta in ombra, per ora, quanto nella sessualità si intreccino invece le componenti aggressive e distruttive che, in tutti i casi che scivolano verso il versante detto perverso, progressivamente si manifestano.

Psicosomatica sessuale.

Finora abbiamo parlato di disfunzioni sessuali: evitando il termine "patologia", abbiamo considerato disfunzionale il tipo di funzionamento che non soddisfa il soggetto o che comunque non lo soddisferebbe se venisse a sperimentare funzionamenti migliori: accanto a queste disfunzionalità rispetto a un'ottimalità per il soggetto, abbiamo considerato le anomalie che per la loro salienza sembrano disturbare "gli altri", cioè la media della popolazione di una determinata cultura. Vediamo invece ora quelle situazioni che non presentano semplicemente funzionalità difettose o comunque disturbanti, ma in cui si riscontrano alterazioni biologiche stabilizzate, nei tessuti, negli automatismi cellulari metabolici, umorali. Adottiamo pertanto la distinzione, condivisa dalla maggior parte degli psicosomatisti, tra disturbi funzionali e vere e proprie alterazioni psicosomatiche, cioè di origine prevalentemente psichica (anche se vi concorrono agenti patogeni esogeni o predisposizioni iscritte geneticamente) in cui questa genesi ha prodotto vere e proprie "alterazioni" biologiche, nei tessuti e nelle cellule. La distinzione non toglie tuttavia che vi possono essere sindromi intermedie.

Alla base della suddetta distinzione vi sono differenti processi neuropsicofisiologici. Nei disturbi funzionali il S.N.C., cioè elaborazioni neuropsichiche, modulano, in via vegetativa e ormonale, il funzionamento degli organi: così come possiamo avere sindromi anginose o tachicardiche, con gli stessi meccanismi abbiamo le disfunzioni sessuali che abbiamo descritto, nelle variazioni di funzionamento degli organi genitali, nonché nell'elaborazione centrale che dalle afferenze produce la qualità soggettiva delle sensazioni. Nei disturbi psicosomatici veri e propri avviene invece che l'output cerebrale, neuropsichico quindi, produca, di solito per azioni lente e prolungate (e per vie che oltre ad avvalersi e non sempre del sistema nervoso vegetativo - S.N.V- e del sistema ormonale, agiscono attraverso processi probabilmente umorali in gran parte ancora da esplorare), alterazioni, permanenti o comunque durature sul metabolismo, sul ricambio (turn over) cellulare, sul trofismo tissutale, sulla produzione delle componenti cellulari ematiche, sugli anticorpi e in genere sul sistema immunitario. La psiconeuroendocrinoimmunologia è disciplina oggi con grandi prospettive di ricerca: malattie autoimmuni e malattie degenerative ne sono le sindromi meno sconosciute. Pertanto, mentre nei disturbi funzionali l'azione neuropsichica è più diretta, e spesso immediata, reversibile, e può anche essere transitoria; nelle sindromi psicosomatiche è più laboriosa, lunga, complessa e stabile.

Nell'area della sessualità note sono le affezioni dell'apparato genitale femminile dovute a virulentazioni di germi saprofiti o comunque di germi potenzialmente patogeni: agenti esogeni che normalmente non producono danni, per il concorso di fattori neuropsichici si impiantano permanentemente nei genitali, resistendo ai farmaci che dovrebbero eliminarli. Si producono così sindromi irritative dolorose, vulvari e vaginali, che inducono a un'ovvia serie di difficoltà sessuali. Nel maschio esistono, molto meno frequenti, analoghe sindromi, peniene e prostatiche. Sempre nella donna, studiate sono le anomalie del ciclo, soprattutto le menorragie dolorose, ma ancor più tutte le sindromi, prettamente psicosomatiche, concernenti concepimento, gestazione, parto, puerperio, allattamento. Prettamente

psicosomatiche si considerano le gestosi, mentre le vicissitudini del travaglio e della secrezione latte si collocano a mezza via tra i disturbi funzionali e quelli più propriamente psicosomatici.

A parte merita la considerazione sulla genesi psicosomatica dei tumori e quanto questa possa essere considerata, nel maschio e nella femmina, come una psicosomatosi connessa alla dimensione della sessualità: e questo non semplicemente per l'eventuale localizzazione di neoplasie nell'apparato genitale, ma per inferire se la concorrenza psichica debba o no essere considerata entro la "dimensione" sessuale. D'altra parte, vista la partecipazione di tutto il cervello emotivo, e questo non senza collegamenti con l'encefalo in toto, alla dimensione sessuale, e per contro l'altrettanto coinvolgimento di tutta l'attività neuropsichica nella genesi delle neoplasie, difficile risulta fare distinzioni per ciò che potrebbe dirsi un evento tumorale connesso alla sessualità. Più direttamente connessa alla vita sessuale si può considerare l'ipertrofia prostatica, vista la sua variabile data di insorgenza.

Discorso particolare merita l'infertilità psicogena, oggi sempre più diffusa. Nel maschio l'oligospermia e l'azoospermia hanno, ovviamente in assenza di pregresse affezioni testicolari, un'origine con tutta probabilità psicogena, tutt'altro che chiara nella sua processualità psichica lungo l'età evolutiva. Più studiate sono le varie forme di infertilità femminile: anovulazione, costrizione e/o occlusione tubarica, mancato impianto dello zigote, aborto. Quest'ultimo evento è stato da secoli percepito come dovuto a cause psichiche nell'intuizione di tutte le culture: meno radicata ma tuttavia esistente è l'intuizione di una incompatibilità di un certo maschio con una determinata femmina nell'impedire il concepimento.

In molti casi di infertilità la fecondazione medicalmente assistita è difficile, o fallisce, e l'impianto di un ovulo fecondato in vitro, se attecchisce, si traduce poi in un aborto successivo. Ciò a comprova della psicosomaticità dell'infertilità (A.A., 2009). Si sta oggi esaminando anche la genesi psicosomatica del parto prematuro, sindrome oggi in notevole aumento. Particolarità delle sindromi qui comprese è nell'intrecciarsi di meccanismi disfunzionali (per esempio nell'occlusione tubarica, nell'aborto, nel parto prematuro), con veri e propri processi psicosomatici, che alternano gli automatismi biologici umorali e cellulari (A.A. 2009).

Passando dalle disfunzioni sessuali per così dire più semplici a quelle più gravi, e complesse, fino alle sindromi psicosomatiche, diminuiscono le nostre conoscenze circa l'individuazione dei processi psichici che possono essere riscontrati come corrispondenti ai processi neurali responsabili delle alterazioni caratteristiche delle sindromi psicosomatiche. La psicoanalisi ha prodotto notevoli contributi per le disfunzioni più propriamente tali: molti autori, hanno descritto, sia pur nell'estrema variabilità interindividuale, dinamiche psichiche alla base di corrispondenti disturbi funzionali, ma quando si tratta di alterazioni (e qui il termine è appropriato) somatiche la corrispondenza con processualità psichiche corrispondenti si presenta problematica e nebulosa.

In effetti sembra che qui siano in gioco processi neuropsichici molto più primitivi di quelli che, proprio per la loro natura più evoluta, si riescono a descrivere nelle sindromi funzionali. Del resto basti pensare a come in epoca neonatale ogni disagio psichico sia espresso somaticamente: la psiche è, per così dire, incarnata nel soma e questo vi reagisce, o meglio la esprime. Analogamente si ipotizza che nell'adulto le sindromi tipicamente psicosomatiche siano espressione dell'attività, o della riattivazione, dell'inscindibilità psiche-soma caratteristica dei primi mesi di vita. In tale attività di tipo primitivo non è pertanto possibile individuare l'elemento più propriamente psichico, come tale descrivibile da un'indagine psicoanalitica. D'altra parte le correlazioni statisticamente significative tra eventi esistenziali di grosso rilievo emotivo e l'insorgenza delle sindromi psicosomatiche, nonché le attuali nostre conoscenze sulle funzioni cerebrali nei confronti di quanto in generale si chiama regolazione degli affetti, relazionalità e soma (Schore, 2003a, b), ampiamente giustificano la genesi psicosomatica di molte sindromi organiche e le connessioni di alcune entro l'area della sessualità. La dimensione sessuale è d'altra parte radicata nella storia della costruzione della nostra mente, fino dalla sua preistoria perinatale.

Il diverso livello evolutivo in cui si collocano le sindromi psicosomatiche rispetto ai disturbi puramente funzionali ci rende conto della maggior difficoltà di interventi terapeutici per le

prime. Mentre per i disturbi funzionali una psicoterapia del profondo, e per eccellenza un percorso psicoanalitico, ha buone probabilità di migliorare, e spesso se l'analisi è lunga "guarire", o meglio ottimizzare tutta la dimensione sessuale e quindi le sue espressioni fisiche, per le sindromi psicosomatiche il percorso è incerto e l'esito dubbio; anche se, come è ovvio per tutta la psicosomatica, occorre affiancare interventi medici, farmacologici e chirurgici. D'altra parte è da notare come, se in psicosomatica l'intervento psicologico per la sua difficoltà offre giustificazioni alle resistenze alla sua applicazione, sia nella cultura sanitaria che ancor più nel pubblico, per i disturbi sessuali la diffidenza, anche qui radicata e qui senza giustificazioni, ha basi esclusivamente culturali; nonché in una sorta di economia psichica di molti individui: si teme infatti, e non sempre consapevolmente, che la psicoterapia sconvolga troppo l'assetto psichico globale, stabilizzato e come incapsulato nel disturbo sessuale stesso, e scompigli l'esistenza. Si preferisce quindi pensare, anzi convincersi, che il disturbo sessuale è "fisico" e quindi va curato coi presidi medici. E si pensa solo con questi.

Visto che in ambito sanitario spesso così si pensa, occorrerebbe che le attuali conoscenze psiconeurologiche e psicofisiologiche potessero penetrare nella cultura medico-sanitaria, sia per una riconsiderazione dei disturbi funzionali e della psicosomatica, sia in particolare per una meno obsoleta e meno mistificata considerazione della sessualità e dei suoi "disturbi". Un tale aggiornamento scientifico non è facile, giacché le vecchie e popolari concezioni colludono con un'economia psichica che, a parte la nota "resistenza al cambiamento", non tollera, in questo caso, le complicazioni inerenti ad un'adeguata conoscenza dello psichico e il disagio che affrontare tale conoscenza comporta nel riassetto emotivo generale delle persone. Soprattutto parlando di sessualità. Occorrerà che si creino le situazioni idonee affinché nelle facoltà mediche alle nuove generazioni si insegnino i principi generali che connettono lo psichico a tutti gli eventi somatici attraverso il neurofisiologico. Non è questo facile in quanto quelle stesse discipline – in primis la Psicologia Clinica – che potrebbero operare il cambiamento non sono di fatto considerate sufficientemente, nell'ordinamento universitario e soprattutto nella mentalità che regna nei quadri direttivi delle facoltà mediche.

Bibliografia

A.A. (2009). Atti 2° Congresso Nazionale della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Torino 1-3 Dicembre 2009.

Bydlowski, M. (2007). Fattori psicologici nell'infertilità femminile. In M. C. Zurlo (Ed.), *Percorsi della filiazione* (pp. 37-49). Milano: FrancoAngeli.

Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S.C. (2007). Oxytocin improves "Mind-Reading" in humans. *Biological Psychiatry*, 61, 731-733.

Goleman, M. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam. Trad. it. (1996). *L'intelligenza emotiva*. Milano: BUR Saggi.

Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 637-685.

Harlow, H.F. (1962). Development of affection in primates. In E.L. Bliss (Eds.), *Roots of Behavior* (pp. 157-166). New York: Harper.

Harlow, H.F., Harlow M.K. (1966). Learning to love. *American Scientist*, 54, 244-272.

Imbasciati, A. (1983). *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Imbasciati, A. (1987). Sessualità e piacere come costrutti mentali. *Sessuologia*, 11 (1), 29-40.

- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: FrancoAngeli.
- Imbasciati, A. (1993). *Psicologia Medica*. Napoli: Idelson-Liviana Medicina.
- Imbasciati, A. (1994). *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente*. Torino: Utet Libreria.
- Imbasciati, A. (2005). *Psicoanalisi e Cognitivismo. Una nuova teoria per la psicoanalisi*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (2006). *Il sistema Protomentale*. Milano: LED Edizioni.
- Imbasciati, A. (2008a). *La mente medica. Che significa umanizzazione della medicina?* Milano: Springer Verlag.
- Imbasciati, A. (2008b). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere XXXV*, 4-14.
- Imbasciati, A. (2010a). *Perché la sessualità?* Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. (2010b). Cure materne e sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, 2, 13-20.
- Imbasciati, A., & Castelli, C. (1975). *Psicologia del fumetto*. Firenze: Guaraldi.
- Imbasciati, A., & Margiotta, M. (2005). *Compendio di Psicologia per gli operatori sanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., & Margiotta, M. (2008). *Psicologia Clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Lee, Heon-Jin, Macbeth, A.H., Pagani, J.H., & Young, W.S. (2009). Oxytocin: the great facilitator of life. *Progress Neurobiology*, 88, 127-51.
- Schore, A.N. (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton & Company.
- Schore, A.N. (2003b). *Affect Disregulation and the Disorders of the Self*. New York: Norton & Company.
- Schrier, A.M., Harlow, M.F., & Stollnitz, F. (1965). *Behaviour of non-human Primates*. New York: Academic Press.
- Stoller, R.Y. (1968). *Sex and Gender*. New York: Science House.