

## La buona sessualità e le cosiddette disfunzioni sessuali in una prospettiva transgenerazionale. La “Salute sessuale” e le “cure materne”.

di Antonio Imbasciati\*

### *Amore e/o sessualità*

Sull'amore si è scritto fino dall'epoca in cui l'homo sapiens ha imparato a scrivere. Prima ancora ne ha parlato e l'ha cantato. Del resto quasi tutti gli animali lo “cantano”. Gli uomini si sono spesso posti il quesito se chiamarlo amore o sessualità. O se esistesse un amore non sessuale e allora in che modo concepirlo, distinguerlo e denominarlo nelle varie lingue; e per contro come considerare, e che nome dare a quella dimensione inerente al fatto che esistano due sessi distinti che si attraggono, e che da un loro accoppiamento deriva la continuazione della specie. E cos'è questa “dimensione”? L'attrazione e ciò che ne segue sembra implicare un movimento interno che spesso è difficile distinguere da quanto chiamiamo amore. Dimensione unica, allora? Il fatto è che nell'homo sapiens questa “cosa”, oltre a una gran varietà di comportamenti, implica un coinvolgimento psichico enorme e così complesso al punto che secoli di generazioni si sono affannate a decifrarlo, a indagarlo, a conoscerne aspetti ognora sottraentisi alla capacità di coscienza. Ogni scritto, ogni poema, ogni “canto” ne costituisce tentativo. Ogni rito, mito, favola, immaginazione, allucinazione ne è celebrazione. Ogni cultura ne ha elaborato una regolamentazione.

Dunque tutti, a vario titolo e da diverse prospettive, man mano che l'umanità si evolveva nello sviluppo delle differenti scienze, si sono occupati del “problema”. Alcuni letterati francesi lo hanno definito *le grand affaire de la vie*. In verità questo “affare”, affare in tutti i sensi, sembra essere il timone che dà la rotta al viaggio nella vita di ogni essere umano. Amore e sessualità: o, secondo alcuni, amore o sessualità? Il dilemma può essere omologato ad altri: carne o spirito? Corpo o anima? E quale anima? Si ha quasi l'impressione, da studiosi delle origini e dello sviluppo della mente, che l'uomo, sia nella sua filogenesi che nella sua ontogenesi, lentamente e progressivamente dal mero comportamento sessuale abbia estratto la dimensione soggettiva che ha chiamato amore, passibile di essere disgiunta, anche totalmente, dalle condotte che portano l'uomo e la donna a congiungersi. Per contro gli studi psicologici, celebri quelli dei coniugi Harlow (Harlow, 1958; Schrier, Harlow & Stollnitz, 1965), sembrano indicarci (Imbasciati & Margiotta, 2005 cap. 17) una direzione inversa: non dalla sessualità all'amore, ma dall'amore, questa volta della madre verso il suo piccolo, alla sessualità; dell'adulto. Tale conclusione proviene dalla constatazione sperimentale che le cure di accudimento, coi relativi comportamenti di contatto interattivo, sono indispensabili perché si sviluppino, anni dopo, la sessualità adulta. Abbiamo dunque, da un lato una impressione, o intuizione che proviene da una riflessione sulla filogenesi dell'introspezione umana, e dall'altro un dato sperimentale che depone in senso contrario. La contraddizione può essere in parte risolta considerando che il secondo percorso, seppur accertato, è del tutto inconsapevole, inaccessibile all'introspezione e al ricordo, mentre il primo proviene da ciò che ogni uomo riesce a captare, negli intenti e nei momenti della sua capacità di coscienza, da quello che “gli avviene”.

“Avviene”: certo, siamo proprio nell'area degli accadimenti psichici che “sopravvengono”, degli affetti da cui siamo, appunto, affetti (*ad-ficio, ad-fectum*); delle passioni che appunto patiamo (*patior, passus*); nel mondo psichico, diciamo oggi, regolato dal cervello destro (Schore, 2003a, b). Se questo è il percorso oggi accertato dalle scienze, il percorso inverso fa parte dell'universale tentativo della capacità di coscienza di scavare entro la soggettività nell'intento di risalirne alle radici, nei processi primari inconsapevoli: tentativo sempre incompiuto, se non ingannevole, giacché la qualità di coscienza è determinata da processi essi stessi inconsci (Imbasciati, 2005b;

---

\* 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](http://www.imbasciati.it).

2006; 2007). Di qui il tentativo ognora rinnovato: di qui l'enorme letteratura su amore e sessualità, e se ne venga prima l'uno oppure l'altro, o l'uno dall'altro.

In psicologia a lungo si è invocato il concetto di istinto, per spiegarci quanto si andava denominando sessualità, e per contro quello di affetto, separato però da quello di cognizione, secondo una vecchia tradizionale dicotomia, quasi fossero ognuno "cose" diverse e solo la seconda fosse "mentale" [mentre la prima veniva apparentata (ipostaticamente – Imbasciati, 1994; 2007b) al biologico]. Il concetto di istinto è servito all'intento di interfacciare quanto controversamente si voleva ora separare ora riunire, ciò spesso in funzione di un'aprioristica convinzione del ricercatore. Ma il concetto di istinto, per gli umani, si è dimostrato inapplicabile (Imbasciati & Ghilardi, 1990; Ghilardi & Imbasciati, 1989). E d'altronde, per la mente, si è spazzata via l'antica dicotomia cognizione/affetto: entrambi i due ordini di eventi nominalmente differenziati sono ugualmente mentali, come le neuroscienze oggi dimostrano, differenti soltanto nel loro epifenomeno coscienziale. Queste due acquisizioni dovrebbero allora chiarire l'eterna diatriba: la sessualità fa parte delle manifestazioni dell'attività mentale finora detta affettiva, svolta in modo significativo in alcune parti del S.N.C. (cervello destro: Schore, 2003a, b), con tutto il loro patrimonio di capacità di elaborazione mnestica.

Queste due acquisizioni, tuttavia, col relativo mutamento concettuale delle denominazioni finora usate, pur considerate a livello scientifico, non sono ancora state assimilate dalla cultura generale, sicché in questa ancor oggi ci si dibatte sulle antiche questioni: amore e/o sessualità. Inoltre non è ancora stato assimilato il principio per cui occorre ben distinguere nello psichico ciò che *appare* alla coscienza – percezione e riferimento sensoriale, pensiero cognitivo, introspezione nei sentimenti e nei vissuti – da ciò che si *inferisce accadere* nella mente, sulla scorta di quanto documentato dall'indagine sugli eventi inconsapevoli e oggi da quella nel S.N.C.. Il concetto stesso di mente è cambiato.

Pertanto ancor oggi, in una letteratura parascientifica si continua a discutere sull'opportunità di distinguere una componente psichica, precipua della sfera detta affettiva, da componenti più propriamente biologiche che verrebbero invece attribuite agli eventi più manifestamente corporei: i nominalismi ancorati alle tradizionali accezioni di termini differenziati giocano un ruolo dominante. Così si continua a discutere se e come l'affettività condizioni la sessualità o questa condizioni quella, e si continua comunque a riferire al corporeo e dunque a meccanismi automatici della fisiologia l'insieme percettivo delle situazioni sessuali. In quest'ultimo riferimento si dimentica come la cosiddetta fisiologia della sessualità sia essenzialmente prodotta da una regolazione neuropsichica, e non da automatismi biologici. La sessualità è un evento essenzialmente psicosomatico: la "dimensione" sessuale dell'essere umano, sia nelle manifestazioni che appaiono chiaramente psichiche, sia in quelle che sembrano somatiche, è evento la cui comprensione e ancor più spiegazione rimandano alla mente, intesa come lavoro del S.N.C., e non ad automatismi periferici ascrivibili quindi esclusivamente alla fisiologia corporea. Il piacere sessuale stesso è un costrutto mentale, non una percezione in senso proprio, cioè originata da specifici apparati sensoriali e/o specifiche vie nervose periferiche. (Imbasciati, 1983; 1985; 1987; 2000. Imbasciati & Margiotta, 2005, cap. 17).

Pertanto, quando si parla di funzioni sessuali, ci si può riferire al funzionamento degli organi genitali ma non si può dimenticare che esso è "comandato" dal S.N.C., cioè determinato dalla mente. Tale messa in ombra, se non omissione, è invece ricorrente nella letteratura sessuologica, quando tratta le disfunzioni sessuali in termini biologici, con accento esclusivo sugli organi periferici, e sulla loro "patologia" (Imbasciati, 2003).

Dalla trascuranza della natura mentale della sessualità facilmente si passa alla minor considerazione di come la vita sessuale di una persona e soprattutto l'accordo sessuale di una coppia, siano matrice creativa, piuttosto che distruttiva, per lo sviluppo psichico non solo della coppia stessa, ma anche dei futuri individui (i figli), per la loro futura struttura mentale, psicosomatica anche, e pertanto per lo sviluppo futuro, in bene o in male, dell'umanità; come vedremo in prosieguo.

Nella cultura sanitaria, oltre che salientemente in quella popolare, che della prima è utenza, c'è non poca ignoranza a proposito della sessualità considerata nel suo aspetto globale, psicosomatico. V'è inoltre riduzionismo e superficialità nel catalogare come scontatamente normali certe manifestazioni standard e nel considerarne altre sotto l'etichetta di patologia. Giocano qui tre fattori che si potenziano a vicenda. Il primo riguarda il fatto che la cultura sanitaria è improntata alla tradizione medica e l'attenzione medica è in primo luogo rivolta al corpo; e molto meno alla psiche e allo psiche-soma. Il secondo concerne la polarizzazione sulla patologia, anziché sulla norma ritenendo che la distinzione norma/patologia, chiara per il corpo e le sue malattie, possa essere trasposta senza equivoci alla sessualità, omologata, appunto, al corpo. Ma tale distinzione è fuorviante se riferita alle funzioni psichiche e psicosomatiche; lo stesso concetto di normalità e ancor più quello di malattia sono inapplicabili allo psichico (Imbasciati, 2008). Il terzo fattore si riferisce al fatto che per la sessualità la cosiddetta patologia è quella lamentata dal soggetto che la porta all'attenzione del medico, o di chi ritiene comunque competente.

Per uno stesso livello di funzionalità, psichica e psicosomatica, ci può essere infatti il soggetto che se ne lamenta, e quindi la porta all'attenzione del medico considerandola patologica, e un altro che se ne ritiene soddisfatto, o che comunque pensa che una scarsa soddisfazione sia normale (Imbasciati, 2003). All'attenzione del sessuologo giunge quindi soltanto quella "patologia" di cui il paziente si lamenta: il giudizio di patologia viene ad essere condizionato dalla valutazione del paziente. Mai o quasi mai viene portato all'attenzione medica il problema se una certa funzionalità psicosomatica sessuale sia ottimale o meno, se cioè la "dimensione sessuale" (Imbasciati, 2000) di un soggetto sia ottimale oppure abbia qualche *minus*, non notato né lamentato dal soggetto, e quindi possa essere migliorata. Il giudizio dicotomico normalità/patologia, peraltro condizionato dal soggetto, fa dimenticare la valutazione del grado di funzionalità. Tra le grosse anomalie<sup>1</sup> della sessualità e l'optimum esiste tutto un continuum: si consideri per esempio il continuum che esiste tra i "gusti sessuali", cioè quello che alcuni individui preferiscono nell'incontro erotico e le vere e proprie perversioni; innocue o lesive che siano. Lungo questo continuum, a parte la grossa anomalia, è soggettivo, da parte del singolo soggetto, considerarsi patologico oppure no. Di conseguenza va l'attenzione medica, la quale si polarizza così solo sul corpo e sull'apparizione del funzionamento neurovascolomuscolare e secretorio degli organi sessuali; o sul quadro ormonale, che però non è di solito causa primaria, bensì mediazione psiconeuroendocrina.

D'altra parte, poiché sia la norma che la patologia dipendono dalla regolazione neuromentale globale, la messa in ombra del continuum intermedio sottrae all'attenzione dello studioso l'indagine su come proprio dalla gran parte dei deficit sottaciuti, piccoli o grandi che siano, si possa risalire a scoprire situazioni psichiche non ottimali.

I suddetti motivi danno ragione della scarsa conoscenza della dimensione sessuale nella cultura medica e della sua acquiescenza al riduzionismo popolare che considera solo le manifestazioni più evidenti del funzionamento degli organi genitali; e dà come patologico ciò che dei suoi vissuti gli rivela la sua percezione cosciente quando ce n'è da lamentarsi.

Si considera dunque la patologia in quanto portata dal soggetto all'attenzione del presunto competente, ma non si sa gran che su cosa possa essere la sessualità di coloro che non se ne lamentano, tanto meno cosa sia una sessualità ottimale, e come questa e quelle si connettano allo psichico. L'eventuale "patologia" è considerata in termini medici (assai poco psicologici), come disfunzione di apparati corporei da curare coi mezzi somatici consueti alla medicina. In ciò collude l'aspettativa dell'utenza, abituata al "tutto, subito, presto" da un'idealizzata immagine della medicina moderna (Imbasciati, 2008), e aliena dal concepire – talora anche solo sfiorare – l'impatto psichico, e da qui poi il lavoro indispensabile per ovviare a ciò che viene lamentato. Il retaggio di una scissione anima/corpo e oggi mente/corpo chiude il circuito collusivo, tra chi vuole una sessualità senza pensieri e una cosiddetta scienza sessuologica. Anche qui gioca un'abitudine terminologica che estende impropriamente i concetti medici all'ambito psichico (Turchi & Perno, 2002; Imbasciati, 2007c, d; 2008): tra questi in particolare il concetto di patologia con il riferimento

---

<sup>1</sup> Poiché per ogni variazione psichica discostantesi dalla media il termine "patologia" è incerto e quindi inappropriato, meglio è usare il termine anomalia (Imbasciati & Margiotta, 2008; Imbasciati, 2008).

a una noxa che avrebbe guastato qualcosa, la sessualità appunto, il cui disturbo viene così vissuto come alieno al soggetto (Imbasciati & Margotta, 2008 cap. 13).

Si concepisce così, da entrambe le suddette parti (utenza e sessuologia), l'attività sessuale come fosse un riflesso fisiologico: a certi stimoli deve corrispondere una certa risposta che concerne i genitali. In realtà non è così: l'eccitazione con la sua risposta genitale, anche se può apparire quasi automatica, è invece la manifestazione somatica finale di un complesso anche se rapidissimo lavoro del Sistema Nervoso Centrale, del quale l'individuo avverte soltanto alcune sensazioni corporee. Il funzionamento degli organi genitali non è per natura automatico, anche se appare automatizzato; né si può parlare di istinto in senso proprio. Gli organi genitali, maschili e femminili, sono regolati dal cervello: dicendo "cervello", si pensa però all'attività mentale volontaria e consapevole. Anche questa è una ricorrente falsa credenza: la stragrande parte del lavoro del nostro cervello riguarda un'attività psichica che è assolutamente inaccessibile alla nostra coscienza. Gli organi genitali non sono regolati da quelle parti o reti encefaliche che possono produrre la coscienza, l'intenzionalità, la cosiddetta buona volontà, i pensieri consapevoli, bensì da quelle parti del cervello che presiedono le funzioni emotive non consapevoli, e che implicano memorie che non sono ricordabili: la memoria "implicita". Si tratta del lavoro prevalentemente del cervello destro e delle circonvoluzioni limbiche, che poi si trasmette lungo il cosiddetto asse ipotalamo-ipofisiario e il sistema vegetativo. L'elaborazione che avviene a livello del S.N.C., cioè ciò che psichicamente e inconsapevolmente avviene, fa sì che si possano verificare le modificazioni vascolari, secretorie e muscolari (muscolatura liscia involontaria) che preparano il coito e che sono necessarie per espletarlo; e per espletarlo eventualmente nelle migliori condizioni. Il quadro ormonale ne è filtro regolatore intermedio, a sua volta determinato esso stesso dalla struttura funzionale neurale. Le suddette modificazioni presiedono all'erezione maschile, alla sua durata, alla sua ripetibilità, e al momento in cui avviene l'eiaculazione, nonché alle modificazioni femminili della dilatazione, allungamento, lubrificazione della vagina e ai tempi, ai modi e alla ripetibilità dell'orgasmo femminile. Inoltre è proprio ciò che avviene in queste parti del Sistema Nervoso Centrale che costituisce l'elaborazione psichica inconscia che comunica alla consapevolezza del soggetto il maggiore o minore piacere; e che comunica il vissuto di eccitazione riferendolo al corpo piuttosto che intrinsecamente alla soggettività.

Il piacere sessuale, che gli esseri umani riferiscono quasi esclusivamente alle parti genitali, non proviene da queste: negli organi genitali non esistono "recettori del piacere". Il piacere si genera a livello del Sistema Nervoso Centrale, nella modalità in cui il lavoro del cervello inconscio viene trasmesso alle strutture cerebrali della percezione consapevole. L'occhio ha recettori *specifici*, per le onde luminose, l'orecchio ha recettori specifici per raccogliere le variazioni di onde sonore, e così pure vi sono recettori specifici per le variazioni meccaniche (recettori tattili, pressori, neuromuscolari) o per le variazioni termiche, o specifici per il dolore. La specificità del recettore si elabora in altrettante specifiche vie nervose, periferiche e centrali: sono tali specificità che danno la qualità della sensorialità: visiva, auditiva, tattile, pressoria, cinetica, propriocettiva, dolorosa; e potremmo aggiungere vestibolare, olfattiva, gustativa. Le sensazioni sessuali hanno una loro specifica qualità, nella soggettività, che le distingue da tutte le altre sensorialità: questa specificità, già diversa per le sensazioni tattili che possono provenire dai genitali, diventa del tutto particolare quando assume il carattere di piacevolezza sessuale, e questa qualità sensoriale assume la sua assoluta diversità da ogni altra percezione nel piacere del coito e dell'orgasmo.

Qui il soggetto ha la percezione come di un "sesto senso", tutto particolare, che gli pare provenire dalle parti genitali. Eppure nei genitali non vi sono recettori specifici, ma solo recettori tattili, termici e molti recettori dolorifici. Né vi sono peculiari vie nervose periferiche: i recettori dei genitali avviano le loro afferenze per le vie periferiche che riguardano specificità di altre recezioni sensoriali. Questo significa che la specificità delle sensazioni e del piacere sessuale viene costruita esclusivamente a livello centrale. Qui inoltre vi è assai meno specificità di zone cerebrali o di sistemi neurali di quanto non avvenga per le altre sensorialità: è il cervello in toto che elabora la "percezione sessuale". Il processo sessuale viene dunque "costruito" a livello centrale. Il soggetto lo riferisce alla periferia, ma qui non vi è generato, a livello fisiologico: il piacere sessuale si origina psicofisiologicamente nel cervello, anche se la maggior parte della gente (i maschi molto più delle femmine) lo percepisce come se partisse dai genitali. I genitali trasmettono afferenze tattili e termiche, che solo a livello centrale vengono elaborate come un piacere particolare. Riprova di ciò sta l'ordinaria constatazione che un medesimo stimolo ai genitali può essere

percepito erotico e piacevole, piuttosto che indifferente, o spiacevole, o anche erotico e spiacevole, e talora doloroso, a seconda delle circostanze globali, interpersonali, di contesto, in cui si verifica il tocco.

### *La sessualità come emozione negata*

Nel senso comune si pensa che la sessualità provochi emozioni: in realtà la dimensione sessuale non porta emozioni ma è essa stessa un'emozione particolare. Casomai altre emozioni sono secondarie all'accorgersi di *quella* emozione. Sia nel suo aspetto sensoriale – piacere più o meno intenso piuttosto che insensibilità, o anche dolore, – sia nel funzionamento degli organi genitali, la sessualità dipende da processi psichici, non consapevoli, che avvengono nel cervello emotivo (Imbasciati, 1987). L'incontro sessuale è una emozione, altrimenti non è "sessuale": è forse la più grande saliente emozione che un essere umano sia in grado di provare. Come tutte le emozioni, quella sessuale ha un aspetto somatico. La paura, per esempio, provoca batticuore, muove gli intestini, rilascia gli sfinteri, può persino provocare l'infarto o l'arresto cardiaco. Così l'ira fa aumentare la pressione sanguigna. In tutte le emozioni ciò che avviene a livello centrale, psichico, nel cervello, produce modificazioni del corpo: così l'incontro erotico produce un'enorme emozione, costituita da processi neuropsichici, in gran parte inconsapevoli come in tutti gli stati emotivi, ma di un coinvolgimento cerebrale mnestico enorme, che provoca le modificazioni somatiche: queste sono evidenziabili sperimentalmente anche quando il soggetto non se ne accorge; diventano vistose più che in ogni altra diversa emozione quando caratterizzano apertamente l'eccitazione sessuale e consentono l'espletamento del coito.

Di solito nelle emozioni ci si accorge di essere emozionati e poco dopo o contemporaneamente ci si accorge delle modificazioni somatiche: taluni individui si accorgono prima di queste e poi di essere emozionati. Per l'emozione sessuale questo è il caso più frequente. Ci si accorge, prima e soprattutto, che il nostro corpo si modifica. Ma non sono questi cambiamenti somatici che ci provocano l'emozione, così come non è il rossore che provoca vergogna: si tratta solo di accorgersi prima degli aspetti somatici piuttosto che di ciò che ci accade psichicamente.

Come tutte le emozioni, quella sessuale, pur costituendosi come emozione specifica, può avere a seconda del singolo soggetto molteplici variazioni, psichiche e somatiche: queste ultime sono forse più evidenti che in altre emozioni, mentre le prime possono diramarsi in un'infinità di vissuti affettivi e di risponderne mnestiche. Sembra però che questi e quelle (vissuti e memorie) non siano agevolmente "sentiti" dalla maggior parte delle persone. Nella nostra cultura, e negli uomini più che nelle donne, si considerano di più gli aspetti che riguardano il corpo, ci si accorge di questi prima di divenire consapevoli e talora senza diventare consapevoli degli eventi psichici che li hanno provocati: si crede così che ciò che accade nel soma sia disgiunto dalla psiche, come fosse un automatismo biologico riflesso, come accade negli animali. Qui, per esempio nei cani, l'odore della femmina in calore scatena un'incoercibile sequenza di modificazione genitali e di azioni nel maschio e nella femmina, che si concludono col coito. Ma l'uomo ha un cervello molto più complesso di quello di un cane, che opera non per riflessi, ma leggendo le situazioni interpersonali in funzione delle proprie memorie remote (Imbasciati, 1990; 2000; 2003; Imbasciati & Margotta, 2005; 2008). È questa "lettura" che determina la situazione erotica, cioè mette in moto una determinata attività cerebrale che provoca l'eccitazione e la sensazione di piacere (o talora altri vissuti simil-percettivi). Questa possibilità dipende dal tipo di lettura<sup>2</sup> che la struttura funzionale neuromentale di una persona conferisce alla situazione medesima. Una tale situazione è sempre interpersonale: anche quando l'eccitazione avviene nel soggetto non in presenza di altre persone, per pensieri, fantasie o altro, tali situazioni intrapsichiche comportano sempre memorie relazionali, indipendentemente dal fatto che possano essere accessibili al ricordo oppure essere memoria implicita.

Dati i suddetti presupposti, perché allora si crede, anche a livello di persone che dovrebbero essere competenti, che si tratti di una questione fisica? Questa idea sembra diventare cogente quando ci si accorge che c'è qualcosa che "non va". L'inconveniente diventa allora una malattia, che va curata come si curano le malattie.

---

<sup>2</sup> Il concetto di "lettura" è qui usato in riferimento alla *teoria del protomentale* (Imbasciati, 2006).

La risposta sta a mio avviso nel fatto che c'è in ogni essere umano una difesa inconscia contro il pensare che un disagio, soprattutto se avvertito in forme fisiche, sia in effetti un proprio disagio psichico. La cultura sanitaria corrobora questa idea. La difesa si accentua al pensiero che per sanare il disagio occorra impegno, un vero "lavoro", da parte del soggetto. Molto più facile è pensare che tale disagio non c'entri col proprio io, che ne sia alieno, cioè dipenda da una qualche causa fisica sopravvenuta. E dunque molto più comodo è pensare che questo disagio sia da considerarsi come fosse una malattia, che quindi potrà esser curata *dal* dottore.

Sottolineo il *dal* per indicare la forma passiva del verbo curare e l'azione transitiva del medico che cura: altrove (Imbasciati, 1993; 2008; Imbasciati & Margiotta, 2005; 2008) ho spiegato gli equivoci che questa idea "transitivista" genera, sia nella gente che soffre, sia nei medici che tentano di curare. Si genera cioè l'aspettativa che per curarsi ci si debba sottoporre a qualcosa che essenzialmente farà l'operatore, senza che il soggetto faccia altro se non condiscendere alla cura. Al contrario un "male" essenzialmente psichico, come quello che si esprime nelle disfunzioni somatiche dell'emozione sessuale, non può essere curato se non impegnando il soggetto *attivamente* in un lavoro psicologico interiore. Questo però vuol dire riconoscere che quel "male" non è una malattia che qualche causa estranea ha fatto capitare al povero soggetto, ma procede dalla sua stessa struttura psichica: la quale non può essere cambiata transitivamente da qualcuno, né volontariamente dal soggetto ma, in quanto inconscia, (cervello destro: regolazione affettivo-emotiva) potrà essere ristrutturata solo se il soggetto si impegnerà *attivamente* in una psicoterapia.

La sessualità è dunque un'emozione; non si curano le emozioni agendo sulle loro manifestazione somatiche; ma tal cura sarebbe solo un palliativo sintomatico: occorre una psicoterapia. Un eventuale disagio per gli effetti somatici di un'emozione lo si cura entrando a ristrutturare le strutture mentali che lo provocano. Ogni eventuale "disturbo" riconosciuto nella dimensione sessuale va curato a monte, nella struttura mentale che lo regola. Ma la sessualità è un'emozione negata, più negata di altre: verso la propria dimensione sessuale la maggior parte delle persone può considerarsi *alessitimica*<sup>3</sup>, almeno parzialmente. Si direbbe che l'essere umano si difenda, quasi fisiologicamente, dal riconoscere questa emozione. Si aprono qui scenari antropologici filogenetici: forse l'*homo sapiens* ha imparato a non volerne sapere di ciò che regola la riproduzione, lasciando il compito alla collettività con tutte le sue regole morali al proposito? (Imbasciati, 1978).

Fatto è che questa emozione viene tendenzialmente negata come tale. Ne resta il comportamento somatico. Non facile allora è che una persona ne valuti la normalità piuttosto che un'anomalia e ancor più che ne valuti il livello di ottimalità; né è facile che superi la negazione addivenendo alla prospettiva di una psicoterapia di questa emozione; e non solo quando questa ha dato al soggetto segnali non sopportabili, ma anche in via preventiva, per la promozione di una ottimalità.

#### *Le cosiddette disfunzioni sessuali*

Di fatto non è facile che una persona addivenga alla suddetta posizione, tanto più se troverà un qualche *dottore* che gli prospetterà un rimedio diverso e rapido: farmacologico o chirurgico. Così la maggior parte delle impotenze maschili viene curata col sildenafil: certo, tal farmaco ad azione vascolare riesce a produrre un'erezione e l'uomo ne potrà essere orgoglioso, e soddisfatto di soddisfare la partner, ma quanto egli ne sarà interiormente contento? Quanto egli potrà avere la pienezza di un piacere che consolida i legami? Potremmo affermare che sarà un buon stallone, o un uomo che ama un suo "oggetto", che però forse non è un altro essere umano, il quale, proprio per questo "amare" del soggetto diventa per il medesimo ausilio vitale. Entriamo qui in una complessa questione psicosociologica, come considerata in prosieguo (par. 5). Ancora, per queste "disfunzioni", o meglio per queste mancate funzioni neuropsicofisiologiche, intraprendenti chirurgici propongono oggi interventi di vario tipo: si raggiungerà una qualche performance, ma a quali prezzi? Analogamente, viene curata l'eiaculazione precoce con creme di tipo anestetizzante o con

---

<sup>3</sup> Alessitimia è il difetto della capacità mentale di rendersi conto delle proprie e altrui emozioni (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2008).

tecniche di ginnastica amatoriale. Serviranno ad “amare”, al di là dei marchingegni? Oppure serviranno a negare il valore dell’amore e del legame tra gli esseri umani.

Più ancora infelice è la sorte delle donne: al vaginismo (contrattura involontaria della muscolatura vaginale e/o perineale) si propongono miorilassanti o addirittura l’allargamento chirurgico, ma se c’è dispareunia senza vaginismo? Si tratta del provare dolore invece che piacere: il cervello, in relazione alla propria elaborazione (e qui gioca il patrimonio mnestico implicito), tramuta in dolore anziché in piacere gli insiemi afferenziali che gli provengono dal contatto e dall’incontro. Quando la dispareunia (o peggio la vulvodinia) è netta, sedicenti sessuologi (la sessuologia non è in Italia tutelata da nessun diploma a valore legale) proporranno i più svariati “esercizi”. Ci si accanirà a tecnicizzare gli effetti somatici di quella grande emozione, che così invece viene ulteriormente negata.

Ma il peggio per una donna è quando non c’è dolore, ma insensibilità, o anche scarsa sensibilità, quando la vagina non risponde con adeguate modificazioni a ciò che la mente legge sulla prospettiva di un rapporto sessuale, né vi si prepara, e più ancora quando la mente legge la situazione che gli si prospetta con una elaborazione il cui risultato emerge alla coscienza come non piacevole; e quindi quando non vengono elaborate in piacere le afferenze che le giungono dal corpo o dalla situazione interpersonale. È qui che spesso le coppie “scoppiano”. La donna potrà essere anche condiscendente verso il desiderio dell’uomo, ma l’incontro sessuale non potrà essere soddisfacente. E nemmeno per l’uomo: quel godimento che ne potrà ricavare non lo soddisferà più di tanto, in quanto monco del piacere di dare piacere, di sentirsi insieme, in un dialogo che costituisce legame reciproco, di sentimenti e memorie. Un siffatto “amore” non potrà cementare l’unione della coppia: la disparità e l’insufficienza della soddisfazione prima o poi metterà in crisi l’unione.

Quando una coppia funziona così, la cosa tragica nella nostra cultura è che quasi sempre nessuno dei due pensa che la situazione potrebbe essere cambiata con una psicoterapia, singola o meglio di coppia: nella maggior parte dei casi, o ci si rassegna, trascinando una relazione più o meno squallida, o si cerca un altro partner, con le relative conseguenze. Nell’uno e nell’altro caso “*le grand affaire de la vie*” volge al fallimento. Il guaio maggiore è che ciò sempre si ripercuote sui figli, come meglio vedremo più oltre.

Occorrerebbe pertanto poter smascherare i concetti impliciti nel termine di “disfunzioni sessuali”: il “funzionamento” degli organi genitali non può essere equiparato a quello del fegato o dell’intestino. Sotto il termine e il concetto di disfunzione e c’è l’idea, del tutto inesatta, che gli organi genitali funzionino per automatismi biologici, così come il fegato reagisce ai componenti biochimici trasmessigli dal sangue, o così come l’apparato digerente funziona introducendovi cibo. In questa idea si istituzionalizza, con tacito avvallo della cultura medica, la negazione della sessualità come emozione. E forse anche una più generale negazione del valore delle emozioni quali motori della condotta umana. Invano sappiamo che le emozioni sono attività cerebrali al pari e forse più importanti di quanto un po’ presuntuosamente considerano la cognizione cosciente.

#### *La Salute sessuale nella coppia come prognosi delle capacità di allevamento dei figli*

Quanto sopra tratteggiato, accennando ad alcune delle più comuni “disfunzioni”, va esteso a un’infinita varietà di altre situazioni erotiche che, pur essendo sostanzialmente deficitarie in quanto non ottimali, o anomale per lievi entità, vengono trascurate, se non ignorate, addebitandole eventualmente a non meglio definite cause naturali, a caratteristiche idiopatiche, o ad abitudini: si tratta del fatto, già accennato, che nella cultura sanitaria vengono portate all’attenzione e considerate patologiche solo quelle situazioni che vengono lamentate dagli interessati; tutte quelle altre, di cui nessuno si lagna sulla base delle tradizioni culturali, non sono considerate, né studiate. Eppure qualunque situazione è legata alla struttura globale della mente e pertanto condizioni non notate né lamentate possono essere indici di situazioni interiori non ottimali. Si cataloga come “disturbo”, o disfunzione, o patologia, solo ciò che risulta disturbante all’interessato, o al suo partner, ma non si ha idea che ci può essere qualcosa di latente. Rifacendosi alla quadruplicata distribuzione del “disturbo” (Imbasciati & Margiotta, 2005; 2008, Imbasciati, 2008: noto a sé e non agli altri, noto ad altri e non a sé, noto a sé e agli altri, non noto a sé né agli altri), se considera solo il disturbo egodistonico, qualche volta quello egosintónico, ma mai quello latente. In termini più

generali non si considera a sufficienza che qualunque funzionalità emotiva può rivelare difetti rispetto alla sua ottimalità e quindi rispetto all'ottimalità della struttura della mente.

La sessualità merita dunque di essere sempre considerata e studiata, come elemento di valutazione diagnostica, al di là della impropria classificazione medica di normalità/patologia: occorre considerare il concetto di "salute" contrapposto a quello di "sanità". L'assortimento e l'accordo di coppia si basano su una sintonia emotiva, di cui una buona sessualità ovvero la salute sessuale è importante spia. Una non ottimalità (dunque un qualunque deficit anche parziale) della sintonia sessuale può compromettere l'unità di una coppia non solo per i suoi effetti diretti, ma perché denuncia una dissintonia di una non ottimalità interiore della mente. Di qui, e non per diretto effetto di un difetto sessuale, possono derivare le ripercussioni sulla famiglia.

Non è ancora assimilata nella nostra cultura l'idea che la sessualità ha un preciso scopo: è la fabbrica di un amore che potrà essere trasmesso ai figli. Una tale considerazione non si basa semplicisticamente sul fatto che una buona armonia e stabilità di coppia favorisce un buon clima affettivo per i figli e la trasmissione a questi del valore degli affetti e dei legami, ma ha una più solida, dettagliata e scientifica ragione nei già menzionati studi sperimentali su come le cure dell'accudimento materno siano la struttura portante indispensabile allo sviluppo della sessualità adulta.

La buona sessualità ha le sue radici in una buona qualità delle cure materne ricevute da un individuo nelle sue prime fasi di vita. Il dialogo erotico si basa essenzialmente su una reciproca comunicazione non verbale, che può implicare la sintonia, e allora abbiamo l'intesa e verosimilmente la buona sessualità, oppure dissintonie, che possono essere a monte di una sessualità in qualche modo difettosa. La psicoanalisi ha messo a fuoco il processo di interazione madre infante rispetto alle capacità di *rêverie* del *caregiver* e come queste "insegnino" al bimbo e al futuro individuo ad acquisire egli stesso queste capacità, fondamento del pensiero, dell'intelligenza emotiva come riconoscono anche gli studi non psicoanalitici; di un basso livello di alessitimia.

Non sono queste forse le capacità che condizionano le capacità amorevoli più generali? Le capacità di sintonizzare la comunicazione non verbale che regola l'interazione emotiva? Credo che tale nesso meriti la massima attenzione per più approfonditi studi sulla dimensione sessuale, rivolti alle sue radici evolutive nello sviluppo psichico globale, a partire dalla primissima infanzia. Un tale studio, sia condotto dal vertice psicoanalitico, sia da quello di altre scienze della mente, potrebbe contribuire a dissipare la misconoscenza che regna nella attuale sessuologia.

Entriamo qui nelle conseguenze ultime, a livello psicosociale, della trascuranza del fatto che la sessualità è evento di una dimensione psichica umana che entra come elemento relazionale fondamentale per il buon assortimento di una coppia, per il suo mantenimento nel tempo, e soprattutto per il mantenimento di un clima psichico indispensabile per una trasmissione trans generazionale di funzioni mentali emotive indispensabili per un'adeguata cura dei figli. Si parla tanto di "cure materne" e si celebrano come essenziali per un buon sviluppo psichico e psicosomatico dei bambini, e perciò dei futuri individui, imputando ad una loro "carenza" le più gravi psicopatologie. Tali "cure", nel loro effetto sullo sviluppo non consistono semplicisticamente nell'assicurare al neonato e al bimbo nutrimento, igiene e cure per eventuali malattie, bensì in una presenza dialogante dell'adulto con la mente del piccolo. La *Infant Research*, la *Infant Observation* secondo le tecniche della Bick (1964; 1968; 1975) e della Harris (Meltzer & Harris, 1983; A.A., 1993), la psicoterapia psicoanalitica di madre e bambino, la psicoanalisi infantile, quella degli adulti nei suoi aspetti retrospettivi, la stessa ricerca catamnestica psichiatrica e psicologico-clinica, convergono nel dirci che le cosiddette cure materne non solo non hanno come fulcro dei loro effetti l'aspetto meramente fisico, e non consistono nella loro quantità o intensità, bensì consistono nella loro qualità: quali canali di tramite tra la struttura funzionale dell'adulto e gli apprendimenti del piccolo, intesi questi in senso lato, come apprendimenti di strutture funzionali affettive (Imbasciati, 2005b; 2006a, b).

Si tratta della "*affect regulation*", oggetto di tante ricerche sperimentali (Schoore, 2003a, b) psicologiche e neuropsicologiche, che si stabilisce tra madre e neonato/bimbo, che agisce soprattutto in epoca preverbale, strutturando la funzionalità psichica e le reti neurali del bimbo, con particolare riguardo alle funzioni emotivo-affettive (quelle che più tardi potranno essere chiamate carattere, o personalità, o stili di vita, stili di attaccamento, disposizioni relazionali, o anche temperamento) e alla qualità strutturale della sua regolazione psicosomatica. Tale regolazione



dipende dalla struttura psichica materna e avviene attraverso la comunicazione non verbale spontanea (interazioni comprese) che intercorre tra il *caregiver* e il bimbo: questi apprende le modalità strutturate e strutturanti della madre nella misura in cui vi è una sintonizzazione (Stern, 1977; 1987) dei messaggi che viaggiano sui media non verbali. Un tale apprendimento è funzionale per un ottimo sviluppo del bimbo nella misura in cui c'è sintonizzazione dei messaggi e nella misura in cui la madre ha una buona struttura mentale da trasmettere e per trasmettere in modo sintonico; oltretutto, ovviamente, voglia e tempo di essere vicino al bimbo in modo che la trasmissione abbia adeguato spazio. Tale apprendimento può però al contrario essere disfunzionale (iatrogeno, patologizzante) nella misura in cui manca la sintonizzazione (*affect dysregulation*), vuoi a causa della struttura psichica materna, vuoi della discontinuità di spazi e tempi sufficienti perché la comunicazione possa avere luogo.

Una tale regolazione avviene fin da prima della nascita, in epoca fetale: particolarmente studiato è stato lo stile di attaccamento prenatale della madre e lo stile di attaccamento del neonato e del bimbo (Imbasciati, Cabrassi & Cena, 2007; Della Vedova, Cabrassi & Imbasciati, 2007; Della Vedova, Tomasoni & Imbasciati, 2006) ed ancor prima è stata studiata la regolazione psicosomatica dei parametri fisiologici corporei da parte della madre sul piccolo (Hofer, 1978; 1981; Taylor, 1987). La letteratura psicoanalitica ha finemente concettualizzato il processo di sintonizzazione in relazione alla descrizione della capacità di *rêverie* materna. Questa consiste nella capacità (automatica e acquisita dal *caregiver* quando a sua volta era piccolo nella relazione coi propri *caregivers*), di una comprensione emotiva empatica nei confronti dei vissuti del bimbo, attuata mediante modalità psichiche simili a quelle del sogno (dove il nome: *rêvé*, *rêverie*, usato anche nella letteratura anglosassone) e nella immediatamente successiva capacità materna di restituire al bimbo un messaggio al livello in cui egli lo possa recepire e "capire"; cioè possa apprendere (Fonagy, 2001; Fonagy & Target, 2001). Sulla scorta della teorizzazione bioniana (Bion, 1962; 1963; 1965; 1967; 1970; Imbasciati, 2008b), la capacità di *rêverie* viene descritta come possibilità della mente materna di accogliere le identificazioni proiettive espulse dal bimbo (oggetti cattivi) e di metabolizzare restituendogli messaggi pensabili. La madre insegna a pensare al suo bimbo. Ha così luogo l'apprendimento del neonato e del bimbo in epoca preverbale, quale fondamento da cui dipenderà la qualità di ogni suo successivo apprendimento e pertanto la costruzione della sua mente (Imbasciati, 2006a, b).

Con tali premesse dobbiamo considerare ciò che con etichetta sbrigativa (malintesa da chi non è sufficientemente documentato) viene chiamato "cure materne". Il dialogo che costituisce le "cure materne", per essere fruttuoso, cioè perché il bimbo ne apprenda, deve essere vero dialogo tra due soggetti che si intendono a vicenda, ossia tra due sistemi mentali, forniti di possibilità di codifica e corrispondente decodifica di messaggi, che possano davvero comunicare. La comunicazione interattiva e non verbale di una madre può non essere "compresa", cioè decodificata, se non si situa al livello di sviluppo in cui in quel momento il sistema del bimbo può funzionare: occorre pertanto che la madre abbia la capacità di riconoscere il livello funzionale della mente del bimbo; è questa la capacità di *rêverie*. Di conseguenza ella avrà anche la possibilità (se le circostanze ambientali lo permettono) di emettere messaggi a livello corrispondente o poco più elevato ma comunque tali da essere "compresi", ossia acquisiti, dal bimbo. Così si struttura, anzi si "costruisce" la base mentale dalla quale dipenderà la qualità di ogni futuro apprendimento del bimbo e quindi lo sviluppo della mente del futuro individuo. Perché un *caregiver* possa essere veicolo efficace di tale sviluppo occorre, sì, che sia adeguatamente presente nella cura del bimbo, ma questo non è sufficiente. Ci può essere una madre che è sempre col suo bimbo, con ogni sua attenzione sempre a lui rivolta e che pure non ha una sintonizzazione (non ha la capacità di *rêverie*) che operi una *affect regulation* funzionale al buon sviluppo. Spesso i *caregivers* che vogliono intenzionalmente comunicare, talora perché razionalmente sanno che così si dovrebbe fare, sono proprio quelli che non riescono a sintonizzare; ma solo a intrudere e disorganizzare il bimbo. La comunicazione sintonizzante, dialogica quindi, è spontanea: "viene", perché l'intelligenza emotiva (per usare il concetto di Greenspan, 1997) del *caregiver* la emette automaticamente.

L'importanza della qualità delle cure materne (anche quelle di un padre) ha così un enorme rilievo per il futuro individuo: per la sua strutturazione psicosomatica, o meglio per la qualità, di questa struttura che regolerà lo sviluppo del corpo e la costruzione della mente, nel bene e nel male, nella ottimalità piuttosto che nelle varie disfunzionalità, fino a quelle che chiamiamo patologie. In

particolare avverrà che una buona costruzione mentale produrrà un individuo che avrà una buona struttura per assicurare a sua volta ai propri figli un buon sviluppo. Viceversa in una dimensione negativa. Possono così accadere circuiti transgenerazionali viziosi o virtuosi: si potranno generare figli sempre migliori, e persone sempre migliori, oppure individui sempre peggiori. Si tratta allora di visioni futurologiche della massima importanza. Al centro del circuito progressivo transgenerazionale, vizioso o virtuoso, della costruzione della mente, sta dunque la possibilità che in tale costruzione venga ad essere diminuita, oppure incrementata, la capacità di vivere le proprie emozioni e quindi comprendere quelle altrui; l'inverso cioè dell'alessitimia.

Una illustrazione delle "cure materne" come sopra e del loro effetto transgenerazionale, si è resa qui necessaria per inquadrare adeguatamente l'essenza della comunicazione interumana, che è non verbale in primo luogo. Ma è proprio così che dialoga una coppia in amore. Questo dialogo lo si impara nelle "cure materne". Studi sperimentali, come i già citati degli Harlow, ne dimostrano l'essenzialità per lo sviluppo della sessualità adulta. Gli studi psicoanalitici convergono nel considerare le capacità affettive, indispensabili nella coppia, nella loro origine nell'infanzia. La psicosomatica delle emozioni ci dice che l'emozione sessuale ha qui le sue radici. Con parole semplici del senso comune potremmo dire che l'amore è la base della buona sessualità.

Tali nessi meriterebbero a mio avviso maggiori studi. Si tratta di connettere gli eventi della sessualità a quelli della comunicazione non verbale, e dalle capacità di tale comunicazione risalire alle modalità di quella trasmissione transgenerazionale che regola in bene o in male lo sviluppo degli individui. Potremmo avere rilevanti indici sul futuro dell'umanità: un tale studio acquista allora ancor più interesse. Naturalmente occorrerebbe che il punto di partenza di tali possibili connessioni, cioè lo studio della "dimensione sessuale", prima comportamentale e poi soprattutto psichica, fosse del tutto accurato e approfondito, ed esteso ad ogni situazione sessuale, specialmente tutte quelle approssimativamente definite "normali".

#### *Intesa amorosa, intesa amorevole, transgenerazionalità*

Con le parole si può mentire, con gli altri media comunicativi poco o niente: anche se si è buoni attori qualcuno capirà che stiamo recitando. Non sono le parole che fanno l'intesa amorosa: sembra che l'accordo si regga proprio sulla minor possibilità di mentire. Potremmo dire che l'amore ama la verità. Ciò che suscita la situazione erotica, che attiva dunque i processi psicofisiologici anche dell'eccitazione sessuale, è appunto la lettura dei messaggi non verbali. È questo che fa innamorare. Il mistero dell'innamoramento, oggetto di tante ansiose riflessioni, è tale perché la decodifica delle comunicazioni non verbali è inconsapevole: il soggetto non sa cosa ha "letto" nell'altro; non sa perché "gli piace"; non sa che cosa questi gli ha messo dentro, nel suscitargli la passione.

Fornari parlò di "erotemi", trattando la più generale semiosi affettiva che afferma essere la base della comunicazione interumana e dell'ordinamento sociale (Fornari, 1979): si tratta di unità comunicazionali elementari suscettibili di evocare risposte omologhe; e di iniziare un dialogo. Dialogo amoroso, appunto: la situazione erotica è un dialogo, che va avanti se i due protagonisti si intendono; altrimenti si arresta, a meno che non vada avanti con le "menzogne", che quasi sempre si servono della parola. In quest'ultimo caso, prima o poi uno dei due, o entrambi, si ritrovano a dire "mi sono ingannato/a, mi ha ingannato".

In questo dialogo non verbale il grande protagonista è il corpo: col corpo si trasmette e coi sensi del corpo si recepisce; e la mente "legge" quanto le sensorialità fanno afferire: afferenze, appunto. Tale lettura non è inerente alla qualità delle afferenze, ma a quella con cui la struttura mentale le elabora (come già detto in precedenza sulla costruzione del piacere). Da tale lettura può partire, nel bene o nel male, o nel "meno bene", il comando della mente al corpo che si prepara ad accostarsi ad un altro corpo; e a congiungersi come le rispettive anatomie possono meglio consentire. Ci si attrae, ci si avvicina, la comunicazione corporea si intensifica<sup>4</sup> e, se il dialogo va bene o tale sembra andare, sempre più intensamente il corpo e i genitali in particolare si

---

<sup>4</sup> Paradigmatica è al proposito la modulazione delle ghiandole apocrine per la variazione di emissione di odori. Comunicazione, questa, spesso non avvertita da molti soggetti, eppure anche in loro efficace.

modificano, e si preparano a quanto può portare il coito al suo culmine, col suo intenso, intensissimo epifenomeno di un piacere particolare.

Il dialogo erotico, col suo acme vissuto nel corpo, ha le sue radici nelle memorie implicite che nella strutturazione infantile delle funzionalità emotive costituiscono la base delle prime comunicazioni: non verbali, corporee. Ecco le "cure materne", nel loro aspetto di protezione e di insegnamento, di conoscenza quindi: ecco l'amore, dunque. Ed ecco la sessualità come eloquentemente dimostrano le ricerche sperimentali sugli animali (Imbasciati & Margiotta, 2005 cap. 17) e come i rilievi catamnestici, purché accurati, rivelano negli umani che lamentano "disfunzioni" sessuali. Conclusione è che l'amore non può essere scisso dalla sessualità, per le sue origini così come per gli effetti che può produrre: ma si può logicamente concludere, nel percorso inverso, che la sessualità "resuscita" l'amore. "Fare l'amore fa bene all'amore" non è uno slogan insensato.

Se una buona "dimensione sessuale" (Imbasciati, 2000) attinge alle memorie implicite che riguardano la qualità dell'accudimento ricevuto e la trasmissione di buone strutture protomentali (con una bassa dimensione alessitimica: Imbasciati & Margiotta, 2005; 2008), logico è presupporre che queste acquisizioni si esplichino anche per la cura dei figli, a maggior ragione se la coppia, ben assortita, assortisce e cumula queste capacità e le trasmette. Si chiude allora il circuito tra sessualità e amore; e tra questi e lo sviluppo della persona; e dell'umanità, potremmo azzardare considerando la transgenerazionalità.

Sul piano scientifico di notevole interesse si presentano allora tutte le ricerche, cliniche sperimentali, che possano correlare le dimensioni protomentali e le capacità comunicative non verbali non solo con la qualità dell'accudimento ricevuto da piccoli, ma anche con quello offerto ai propri piccoli, e con la riuscita della coppia. Sarebbe questa una modalità per valutare la "buona" sessualità. A mero livello speculativo possiamo qui avanzare l'ipotesi che la riuscita di una coppia nell'allevamento dei figli abbia una notevole correlazione con la dimensione positiva dell'accordo sessuale, e non per semplice effetto diretto, ma perché l'accordo sessuale presuppone le medesime capacità implicate nell'allevamento dei figli. Ovviamente occorre che l'accordo sessuale sia considerato nelle sue dimensioni interiori e non nell'atleticità delle performances coitali. Di qui problemi di metodo. Le cosiddette disfunzioni sessuali sarebbero allora un indice di un non ottimale funzionamento mentale che può essere di rilievo nei confronti dei figli e delle generazioni future. In questo quadro però occorrerà studiare la dimensione sessuale sempre e comunque, anche quando non lamentata: a mio avviso questo potrebbe essere il miglior punto di partenza per una qualche prognosi sull'allevamento dei piccoli.

Quanto più amore e sessualità vanno bene insieme, e si alimentano a vicenda, tanto più ciò significa che le radici sensoriali dell'elaborazione emotiva interpersonale (vedi cure materne positive) bene si sono strutturate e conservate: così pure la capacità di usarle da adulti: sono proprio queste medesime memorie che, se ben strutturate, costituiscono quella spontanea automatica capacità di usarle col piccolo, prendendosene adeguata cura, e favorendo così un buon sviluppo psichico e psicosomatico. Questo vuole dire primo insegnamento al pensiero, e di qui la base per un'intelligenza che da intelligenza emotiva possa espandersi, anche nelle modalità più articolate che costituiranno per il futuro individuo sia le sue capacità di intelligenza astratta sia anche il mantenimento di quella capacità di conoscenza interumana che è alla base del sociale: dunque di una migliore società futura? Eros richiama Logos? (Imbasciati, 1978). Si aprono qui non irrilevanti ipotesi sul futuro dell'umanità. La non irrilevanza può essere ancor più considerata se esaminiamo cosa potrebbe accadere in una dimensione negativa.

L'intesa *amorosa* di una coppia implica dunque il medesimo dialogo che si svolge nell'intesa *amorevole* che occorre per ben allevare un bimbo. Questo basterebbe a spazzar via le annose diatribe sul fatto che la sessualità possa essere differenziata dall'amore.

Ma perché così spesso accade che l'amore venga vissuto scisso dalla sessualità? E che cosa questo significa? Con quali conseguenze? Potremmo allora interrogarci sulle ragioni della così frequente, maggiore o minore scissione tra amore e sessualità. Uno sguardo sociologico può imputare il fenomeno all'organizzazione attuale della società, col suo stile di vita affrettato, tecnologico, disumanizzato. Ma potremmo pensare che proprio questo stile sia prodotto, elaborato a livello collettivo, da quelle menti individuali in cui già si radicò la scissione. Cosa accadde in quelle menti nella loro prima strutturazione di esperienze corporee quale medium interpersonale per l'organizzazione della loro intelligenza emotiva? E cosa accadde ulteriormente nella costruzione progressiva di tutta la loro Mente?

Rimandando tali interrogativi a precise ricerche, possiamo qui concludere sottolineando che dovremmo dare rilievo maggiore alle cosiddette disfunzioni sessuali, quale indice non solo di minor ottimalità delle strutture mentali di coloro che le rilevano, ma anche e soprattutto quale segnale di un possibile futuro negativo transgenerazionale, e da qui pertanto impostare programmi di promozione della Salute, guardando sociologicamente all'avvenire. Ancor più opportuno sarebbe un'osservazione su tutte quelle situazioni di *minus* rispetto all'ottimalità delle possibilità sessuali: le diminuzioni di piacere, o di intesa che non vengono lamentate, né rilevate come tali dagli interessati: dalla donna soprattutto, come sopra accennato, ma anche dal maschio, che ancor più frequentemente della femmina separa le sue prestazioni dai vissuti di affetto, di attaccamento e di partecipazione col *partner* e persino, non raramente dal proprio piacere stesso. Un'osservazione (o uno *screening* se possibile) di questo tipo potrebbe essere una pista di partenza per un'indagine più generale nella personalità del soggetto, per migliorarlo non solo in quel settore ma in modo globale, e soprattutto preventivo agli effetti transgenerazionali.

Gli psicoanalisti attuali sembrano trascurare l'indagine sulla sessualità: Freud iniziò da qui il suo studio sull'inconscio, e la sua produzione clinica, a cominciare dalla *Traumdeutung*, è ricca di esempi di come dall'esame di situazioni sessuali si possa risalire alla struttura globale della personalità. Tuttavia la teorizzazione freudiana, sovente in contrasto con la stessa clinica del Maestro, ascrisse e confinò la sessualità al non meglio biologicamente definito campo dell'istinto. Di qui a mio avviso è derivata l'attuale disattenzione degli psicoanalisti verso la sessualità: non essendovi più oggi, per ragioni di costume sociale le grosse difficoltà di "espletamento" sessuale e pensando che questo sia questione biologica, se ne ignorano le più occulte difficoltà interiori, nascoste da una presunta normalità. L'impianto biologistico della teoria pulsionale di Freud è stato mera teoria, non una scoperta: la sessualità può essere analizzata partendo da altre basi, come altrove ho descritto (Imbasciati, 2005a); occorre indagare ciò che sta dietro e dentro la dimensione della sessualità, nel mondo delle memorie relazionali remote e implicite. La situazione psicoanalitica può costituire il setting migliore per indagare la sessualità cosiddetta normale, purchè l'analista abbia presente che sotto tale "normalità" tanti e tanti eventi psichici si possono scoprire. Una tale indagine può essere essenziale per il processo interiore che l'analista vuole promuovere: in questo caso promuovendo una maggiore integrazione della capacità di coscienza rispetto alla possibilità di sviluppare la C.N.V. che regola gli affetti. Da qui la maggior possibilità di usarla anche per l'accudimento dei piccoli; nonché per maturare il desiderio di generare che oggi tante persone sembrano non sentire più. Generare e transgenerare, direi; con modalità psichiche. Se dunque una "buona sessualità" suscita amore e questo intelligenza emotiva e generazioni migliori, cosa potremmo fare? La cosiddetta educazione sessuale è a mio avviso una grossolana semplificazione. Ben altro occorre sul piano sociale: occorrerebbe!

### *Bibliografia*

A.A.V.V. (1993). L'osservazione. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n. 4.

Bick, E. (1964). Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In V. Bonaminio & A. Iaccarino (eds) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1989.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relation. *Int. J. Psychoan.* 49 [trad. it. In V. Bonaminio & A. Iaccarino (eds), *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1984].

Bick, E. (1975). Ulteriori considerazioni sulla funzione della pelle nelle prime relazioni oggettuali, *Riv. Psicoan.* 1984, 3, 341-355.

Bion, WR. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann. [trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972].

Bion, WR. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. New York: Basic Books. [trad. it.: *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma, 1973].

Bion, WR. (1965). *Transformations: Change from learning to Growth*. London: Heinemann. [trad. it. *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973].

- Bion, WR. (1967). *Second thoughts (Selected papers of psychoanalysis)*. London: Heinemann. [trad. it.: Una teoria del pensiero. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970].
- Bion, WR. (1970). *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in Psycho-Analysis and groups*. London: Tavistock. [trad. it.: *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma, 1973].
- Della Vedova, A., Tomasoni, V. & Imbasciati, A. (2006). Mother-Fetus Communicative Relationship: A Longitudinal Study on 58 Primiparae and their Children during the First 18 Months *J. Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20, 249-262.
- Della Vedova, A., Dabrassi, F. & Imbasciati, A. (2007). Assessing prenatal attachment in Italian women sample, *Journal of reproductive and infant Psychology* (in print).
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press, [trad. it.: *Psicoanalisi e Teoria dell'Attaccamento*. Cortina, Milano, 2002]
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva* (ital. coll.). Milano: Cortina.
- Fornari, F. (1979). *Fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Torino: Boringhieri.
- Ghilardi, A. & Imbasciati, A. (1989). Il concetto di istinto e il suo uso in psicoanalisi. *N.P.S., Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, 9 (6), 1035-1056.
- Greenspan, S.I. (1997). *Developmentally based psychotherapy*, New York: Mc Graw Hill. (trad. it.: *Psicoterapia e sviluppo psicologico*. Il Mulino, Bologna, 1999).
- Greenspan, S.I. & Benderly, B.L. (1998). *L'intelligenza del cuore. Le emozioni e lo sviluppo della mente*, Milano: Mondadori.
- Harlow, H. (1958). The nature of love, *American Psychologist*, 13, 637-685.
- Hofer, M.A. (1978). Hidden regulatory processes in early social relationship. In: Bateson P.P.G. & Klopfer P.H. (eds) *Perspectives in Ethology*. Vol. 3. Plenum Press, London.
- Hofer, M.A. (1981). *The roots of human behaviour*. San Francisco: Freeman.
- Imbasciati, A. (1978). *Eros e Logos*. Brescia: La Scuola.
- Imbasciati, A. (1983). *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Imbasciati, A. (1985). Decodifica dei significanti amorosi e futuro della sessuologia. *Rivista di Sessuologia*, 9 (4), 186-200.
- Imbasciati, A. (1987). Sessualità e piacere come costrutti mentali. *Sessuologia*, 1987, 11, (1), 29-40.
- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati, A. (1997). Els orígens de la dimensió sexual. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 14, (1), 35-47
- Imbasciati, A. (2000). Le origini della dimensione sessuale. *Rivista di Sessuologia*, 24 (2), 149-161.
- Imbasciati, A. (2003). Psicopatologia e sessualità. *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, 22 (2), 109-113.
- Imbasciati, A. (2005a). *La sessualità la teoria energetico pulsionale: le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati, A. (2005b). *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando Editore.
- Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.

- Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory*, London: Brunner & Routledge.
- Imbasciati, A. (2007a). Psychanalyse et Neurosciences: pour une nouvelle metapsicologie. *Revue Française de Psychanalyse*, LXXI (2), 455-477.
- Imbasciati, A. (2007b). *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica. Nuova edizione*. Torino: Utet-DeAgostini.
- Imbasciati, A. (2007c). Medici e Psicologi (e perché non altri?). *Psicologia Toscana*, XIII (1) 7-14.
- Imbasciati, A. (2007d). "Clinico" e psicologia clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*, in print
- Imbasciati, A. (2008a). *La mente medica e le altre (sue?) professioni*. Milano: Springer.
- Imbasciati, A. (2008b). Sviluppi della psicoanalisi dopo Freud, in Imbasciati, Cristini, Cabrassi & Buizza (eds), *Scienza, misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie* (in print).
- Imbasciati, A., Cabrassi, F. & Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. & Ghilardi, A. (1990). L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irrisolvibile, *Rivista di Sessuologia*, 14 (2), 101-116.
- Imbasciati, A. & Margotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. & Margotta, M. (2008). *Psicologia clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Meltzer, D. & Harris, M. (1983). *Child, Family and Community: a psycho-analytical model of the learning process*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. [trad. it., *Il ruolo educativo della famiglia*, C.S.T. Centro Scientifico Editore, Torino 1986].
- Schore, A.N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Schore, A.N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Schrier, A.M., Harlow, M.F. & Stollnitz, F. (1965). *Behaviour of non-human Primates*. New York. Academic Press.
- Stern, D. (1977). *The first relationship*, Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Stern, D. (1987). *The interpersonal world of the infant*. NY: Basic Books. (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Boringhieri, 1987).
- Taylor, G.J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, Internat. New York: Un. Press. [trad. it.: *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio, 1993].
- Turchi, G.P. & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domenighini.