

La Sessoterapia immaginativa

Marco Del Ry

Premesse teoriche

La Sessoterapia immaginativa utilizza le immagini e l'immaginazione nella cura dei disturbi della sessualità. Per meglio comprendere questa tecnica di cura, può essere utile per il lettore, prima di proseguire, qualche breve cenno alla teoria psicosessuologica che la sostiene.

Secondo questa teoria la sessualità umana non va considerata come una semplice funzione d'organo, ma come espressione dell'identità sessuale, della quale essa è componente biologica e al tempo stesso psicologica. La formazione dell'identità sessuale - sempre secondo questo modello teorico - segue un percorso evolutivo caratterizzato da 'passaggi critici' che prevedono, oltre che progressivi mutamenti biologici e psicologici, anche costanti adeguamenti relazionali, sociali e culturali. Questo processo evolutivo può essere metaforicamente paragonato alla costruzione di un edificio, che inizia con il concepimento e le cui fondamenta sono fisicamente biologiche e psichicamente archetipiche, mentre il materiale necessario alla elevazione viene fornito da un complesso intrecciarsi di elementi sia biologici, sia psicologico-relazionali, sia culturali. Il progredire di questa 'costruzione' verso i piani superiori è scandito da esperienze simbolicamente ed emotivamente significative, che possono essere considerate come veri e propri 'riti di passaggio'. Ogni esperienza è dunque funzionale e preparatoria alla successiva, ogni gradino superato ha in sé la possibilità e la spinta per affrontare il successivo, in un continuum evolutivo che si deve sviluppare armoniosamente e nei tempi giusti.

Il punto di arrivo di questo processo consiste nell'acquisizione della capacità di riconoscersi come appartenente al proprio genere sessuale e, sentendosi in sintonia con il proprio ruolo sessuale e con la meta sessuale verso cui il desiderio si dirige, vivere con soddisfazione la propria sessualità nel contesto di relazioni mature.

Se lungo questo complesso e delicato percorso evolutivo intervengono esperienze traumatiche a ostacolare, rallentare, deviare o interrompere il processo di 'costruzione' dell'identità sessuale, questa ne risulterà incompiuta, o 'ferita'. Su questa identità sessuale non compiuta, non

definita, immatura, confusa, o ferita, si struttura e si manifesta il sintomo psicosessuale, che è l'espressione di un disagio più profondo, di natura intrapsichica e relazionale. Pur manifestandosi il più delle volte con maggiore evidenza e impatto sul soma, è una ferita interiore che può rendere difficile, se non a volte impossibile, vivere una sessualità soddisfacente.

Sappiamo che il sintomo è per sua natura 'segno', che rinvia, o dovrebbe rinviare, sempre al medesimo significato patogenetico. Tuttavia, nel caso dei disturbi psicosomatici della sessualità, esso rivela una natura più complessa, assumendo in sé anche un carattere di indefinitezza simbolica. E' proprio la doppia natura del sintomo sessuale, semiotica e simbolica, che rende più difficile la sua decodificazione e la formulazione di un'ipotesi diagnostica psicosessuologica, in base alla quale adottare la terapia più funzionale.

Nel contesto delle terapie sessuologiche ci si è ben presto trovati di fronte al sostanziale fallimento degli indirizzi comportamentistici, freddamente operativi, lontani dal concetto di sessualità così come fin qui delineato. Maggiore efficacia sembra possedere la psicoterapia psicosessuologica, che, come tutte le altre psicoterapie psicodinamiche, utilizza la parola nella cura del sintomo sessuale.

L'efficacia della parola non consiste soltanto nel suo rinviare direttamente a un significato cognitivamente elaborabile, ma anche nella sua intrinseca capacità di evocare immagini e stimolare emozionalmente. Essa possiede dunque, per così dire anche una qualità simbolica. Il legame tra parole, immagini, emozioni e affetti è molto stretto: se un soggetto pensa una parola, questa viene immediatamente accompagnata da una immagine mentale, che spesso non si limita alla sola e unica rappresentazione dell'oggetto - di cui la parola è segno - ma può evocare a sua volta altre immagini, di provenienza più profonda, che in genere sono accompagnate da emozioni e da affetti.

Tuttavia la parola, di per sé sola usata come strumento terapeutico, può rivelarsi anche luogo e strumento di inganno, di simulazione e di dissimulazione; e in ciò essere costretta a riconoscere un suo limite. Perché non lasciare allora che siano le immagini a 'parlare' direttamente? Perché non utilizzarle come strumento di comunicazione dell'inconscio e 'con' l'inconscio? Perché dunque non pensare all'immagine, all'immaginazione e all'immaginario come mezzi e luoghi di cura del sintomo sessuale?

Partendo dalle basi teoriche dell'Immaginazione attiva e integrandole con la teoria e la prassi del Sogno da svegli guidato e della Psicosintesi, senza dimenticare il lavoro di C. Crépault sull'immaginario erotico e proseguendo il percorso aperto da A. Dacrema, ho cercato di sviluppare uno strumento per la diagnosi e la cura dei disturbi sessuali basato proprio sulle potenzialità disvelatrici e nel contempo psicoplastiche delle immagini. Esse, infatti, con la loro capacità di rappresentazione di contenuti inconsci, ci mettono in contatto con parti di noi inaccessibili alla mente razionale, ci portano a capire 'vedendo', e non solo pensando.

La Sessoterapia immaginativa utilizza dunque il potenziale simbolico delle immagini, e considera l'immaginario quale luogo dove possa prodursi una trasformazione psichica cui consegua la ristrutturazione di quell'identità sessuale di cui si è parlato più sopra, e la guarigione del sintomo. Il naturale, indispensabile, presupposto è che esista un rapporto relativamente costante tra le immagini e il loro significato, tra mezzo e messaggio, tra simbolo e simbolizzato: un nesso, come direbbe G. Ròheim (1950), "potenzialmente universale".

Nella Sessoterapia immaginativa le immagini simboliche e le metafore di cui esse sono portatrici vengono per lo più considerate, per necessità 'operative', espressione di significati codificabili e interpretabili. Ovviamente il terapeuta che le utilizza clinicamente deve essere a conoscenza di quei significati. Rinunciando pertanto alle suggestioni affascinanti della Psicologia Analitica e al richiamo degli archetipi; alla seduzione criptica delle teorie lacaniane e alle affermazioni di alcune correnti semiologiche, che, tutte, sottolineano l'inesauribilità e l'incodificabilità del materiale simbolico, nella Sessoterapia immaginativa dobbiamo di necessità 'piegare' e 'imbrigliare' le immagini simboliche a una dichiarata funzione di diagnosi e di guarigione di un sintomo ben specifico; e dunque dobbiamo allontanarci dall'idea junghiana di simbolo unificatore e ripiegare su una idea di simbolo più vicina al concetto di 'segno'.

Di conseguenza, si è reso necessario definire uno specifico "codice simbolico" nel quale raccogliere particolari immagini che, per le loro caratteristiche simboliche 'oggettive', possono essere considerate funzionali al progetto terapeutico. Queste immagini, proprio in virtù delle loro caratteristiche, dovranno agire simbolicamente, sia come 'disvelatrici' del significato nascosto del sintomo, sia come 'attivatrici' di cambiamento. A questo codice simbolico appartengono quelle che ho

chiamato “immagini chiave”. Da precisare che alcune di queste immagini sono da considerarsi specifiche per gli appartenenti a un genere sessuale piuttosto che all’altro, mentre altre possono avere un carattere più universale. Vediamone, di seguito, alcuni esempi. Da ricordare inoltre che molte di esse sono comuni ad altri modelli terapeutici immaginativi.

La “Spada”: - è un simbolo ‘maschile’ e rinvia, nel nostro codice simbolico, al pene, al vissuto della penetrazione e alla sessualità agita o fantasmaticizzata; inoltre richiama la potenza sessuale e il confronto con le figure maschili, imago paterna compresa.

La “Caverna”: - rappresenta l’organo genitale femminile; il modo in cui viene visualizzata fornisce molti elementi relativi al vissuto – sia maschile che femminile – di quell’organo. Rappresenta anche la penetrazione sessuale; ma può anche significare, più in generale, l’atteggiamento del paziente verso un luogo ignoto e oscuro, anche interiore, e rappresentare anche l’atteggiamento nei confronti della relazione con il/la partner, dell’esperienza terapeutica, o della vita.

Il “Vaso”: - è un simbolo ‘femminile’; rinvia all’utero e richiama la femminilità, la gravidanza e la maternità, così come la capacità di accogliere e di contenere, di prendersi cura; può anche rappresentare l’imago materna.

La “Foresta”: - anch’essa, come la caverna, rappresenta un luogo che può spaventare o incuriosire, minacciare o accogliere, intrappolare o proteggere; simboleggia il rapporto con l’altro e, più in generale, con la vita e le sue incognite. Per il sesso maschile in particolare può essere l’equivalente immaginativo di un vero e proprio rito di iniziazione all’età adulta, al pari dell’ingresso nella caverna.

La “Rosa”: - è un simbolo ‘femminile’; ricorda per analogia i genitali femminili. Il suo dischiudersi o meno rappresenta l’”apertura’ verso l’incontro e la sessualità, o, viceversa, una ‘chiusura’. Le dimensioni del fiore, il luogo in cui si trova, la presenza o meno di altre rose o altri fiori, l’essere recisa o possedere radici, il colore e le molte altre variabili forniscono elementi utili, tanto ai fini diagnostici quanto a quelli terapeutici. Può rappresentare il rimanere chiusi o, al contrario, il dischiudersi alla vita in generale, al mondo e alla relazione

Il “Castello”: - simbolizza il vissuto di sé; nel nostro codice simbolico è la proiezione di noi stessi e dei nostri contenuti interiori. Una volta che il paziente ha visualizzato il castello, gli viene suggerito di entrarvi e di considerare come esso sia suddiviso in un piano di ingresso, in un piano

superiore e in un piano sotterraneo: essi possono essere simbolicamente considerati, rispettivamente, come rappresentazione topografica dell'organizzazione psichica, in cui l'Io, l'ideale dell'Io e l'inconscio sono comunque in comunicazione. Le eventuali difese possono essere rappresentate da immagini che tendono in genere a interferire con l'accesso al piano sotterraneo inconscio.

L'esperienza del Castello può aiutare il terapeuta sessuologo sia nella formulazione di una diagnosi sessuologica, sia nella cura del sintomo, poiché entrare nel castello rappresenta un 'percorso interiore' che sempre disvela e nel contempo produce trasformazioni e cambiamenti. La scelta di un castello piuttosto che di una casa o, come suggerisce R. Assagioli nella Psicosintesi, di una villa, nasce dall'idea che esso possieda una particolare capacità suggestiva, che possa coinvolgere emotivamente il paziente, e sia dotato di una maggiore pregnanza simbolica.

Il "Fiume": - rappresenta lo scorrere della vita dalla nascita (la sorgente) alla morte (la foce), che non è disperdersi ma confluire, ricongiungersi. Rappresenta anche, in quanto acqua, l'inconscio, le emozioni, gli affetti e la sessualità. Il suo fluire lento e pacato, oppure vorticoso e turbolento; la sinuosità e le curve delle sue sponde; la presenza o meno di anse o invece lo scorrere lineare verso il mare; l'accessibilità delle sponde e la presenza di piccole spiagge, o l'inaccessibilità delle stesse; la presenza o meno di figure e personaggi, fanno dell'immagine fluviale una fonte inesauribile di elementi utilissimi, tanto dal punto di vista diagnostico che da quello terapeutico.

Prassi terapeutica

Nel corso della seduta di Sessoterapia immaginativa occorre porre il paziente nelle condizioni idonee a favorirne il rilassamento, sottraendolo il più possibile a stimoli luminosi e sonori. Per indurre il rilassamento si potranno utilizzare tecniche derivate dall'ipnosi, come lo 'schema corporeo' o la 'scala infinita'; o più semplicemente si potrà far concentrare il paziente sulla regolarità e ritmicità della propria respirazione. Raggiunto un sufficiente grado di rilassamento, viene suggerito al paziente di immaginare l'oggetto o la scena che il terapeuta avrà preliminarmente scelto in funzione della problematica sessuale da curare. Da quella immagine iniziale generalmente si sviluppa una storia, che il paziente viene invitato a condividere sul momento con il terapeuta;

il quale e può intervenire attivamente, facendo variare determinate immagini, suggerendo situazioni nuove, o nuove immagini simboliche, favorendo movimenti nello spazio immaginativo, o azioni volte a ottenere un risultato o un cambiamento di situazione, e così via (la tecnica è molto simile a quella del Sogno da svegli guidato, anche se un poco meno 'direttiva').

Le modalità di intervento del terapeuta possono essere regolate in funzione del tipo di esperienza che egli intende far vivere al paziente, degli elementi che di volta in volta possono emergere nello scenario immaginativo, o dello specifico obiettivo da raggiungere. Sarà bene precisare che vi possono essere sedute di terapia immaginativa in cui il terapeuta, proponendosi semplicemente di 'indagare' l'inconscio al fine di formulare una diagnosi eziologica del sintomo, limiterà il suo intervento a semplici stimoli e suggerimenti volti a superare difese, resistenze o paure: ad esempio, aprire una porta, salire delle scale, scendere in una botola, scoprire un passaggio. In altre circostanze, invece, l'intervento potrà essere più specificamente funzionale a un 'cambiamento' negli 'eventi' in corso, con lo scopo di produrre una trasformazione positiva del sintomo. In questo caso i suggerimenti del terapeuta tenderanno a favorire la costituzione di nuovi scenari nei quali i contenuti 'patologici' possano essere sostituiti da contenuti 'più sani': ad esempio, un sotterraneo buio e spaventoso che diventa una cantina piena di buon vino; un castello diroccato che diventa una dimora confortevole; una spada piccola, sottile e incoercibilmente inguainata che si trasforma in uno spadone brandito senza paura; un piccolo e stretto vaso, magari crepato o addirittura rotto, che si ricompone in una elegante e capiente anfora.

L'esperienza immaginativa può inoltre essere rinforzata, enfatizzata, dal suggerimento dato al paziente di concentrarsi anche sulle 'sensazioni' che prova in quel momento. Un ulteriore rinforzo emozionale si può ottenere aggiungendo all'esperienza visiva un accompagnamento musicale, che facendo da sfondo alla storia che si va dipanando immaginalmente, svolge la funzione non soltanto di enfatizzatore, ma anche di stimolo immaginativo. Sappiamo infatti come musica e immagini siano strettamente legate, al punto che molti titoli di brani musicali, segnalando l'immagine come elemento ispiratore, sottolineano proprio questo legame.

Ritornando all'immagine di partenza, questa può essere anche una scena tratta da un sogno del paziente, non necessariamente a sfondo sessuale.

Un'ulteriore variante consiste nel suggerire allo stesso di concentrarsi sul suo sintomo sessuale e di visualizzare contestualmente un'immagine: quella immagine diventerà l'immagine di partenza della sua esperienza immaginativa e avrà, verosimilmente, un collegamento con il sintomo.

Durante l'esperienza immaginativa è utile che il terapeuta osservi le reazioni corporee del paziente, che possono fornire importanti indicazioni sulla intensità e sulla qualità del suo coinvolgimento emozionale.

Al termine della seduta, o in occasione della seduta successiva, il terapeuta elaborerà e cercherà di interpretare con il paziente l'esperienza vissuta. La scelta di condividere l'interpretazione con il paziente rinforza il vissuto immaginativo e sembra dare significato e 'senso' all'esperienza vissuta.

Esempi clinici

Per meglio comprendere in che cosa consista questo tipo di terapia vorrei riportare di seguito due esempi clinici: il primo è tratto da un caso di eiaculazione precoce, il secondo si riferisce a un caso di deficit di erezione. Entrambi i quadri clinici erano esenti da patologie di natura organica, e sono da considerarsi pertanto come sindromi sessuali psicogene pure. Nel primo caso l'esperienza immaginativa ha consentito di 'smascherare', per così dire, l'idealizzazione difensiva che il paziente aveva posto in essere nei confronti del rapporto con i genitori e ha lo ha convinto ad accettare anche un percorso psicoterapeutico psicodinamico; ipotesi verso cui era stato fino a quel momento decisamente riluttante. Nel secondo caso clinico una sola e unica seduta immaginativa ha permesso, oltre alla risoluzione del sintomo sessuale, anche una sensibile attenuazione della sintomatologia associata.

-primo caso: la "Spada"

Si tratta di un paziente di sesso maschile, di circa quaranta anni, coniugato, che soffriva di eiaculazione precoce. Nei primi colloqui il paziente appariva particolarmente concentrato sulle dimensioni del proprio pene, che riteneva inadeguate, e sullo scarso 'funzionamento' dello stesso. Si dichiarava angosciato e depresso a causa del sintomo e, come gran parte dei pazienti maschi che soffrono di eiaculazione precoce, desiderava risolvere il suo problema il più in fretta possibile.

Era, in fondo, la stessa ‘fretta’ che dominava tutta la sua vita - mangiava in fretta, correva veloce in auto, non sapeva aspettare, e così via - e, naturalmente, anche la sua sessualità. Gli atteggiamenti del suo corpo indicavano una tendenza alla sistematica protezione della zona genitale, che evidentemente viveva come debole e vulnerabile. Dichiarava di non soffrire di nessun altro disagio di natura psicologica, se non quello derivantegli dal suo problema sessuale. L’unico motivo di sofferenza e di preoccupazione del paziente sembrava infatti consistere nella scarsa ‘durata’ dei suoi rapporti sessuali con la moglie - soprattutto rispetto alle di lei aspettative -, anche se non era riuscito a evitare di raccontare quanto fossero stati frustranti i sistematici rifiuti ricevuti da donne che egli non disdegnava, quasi compulsivamente, di corteggiare. Mi colpì, allora, l’assoluta perentorietà con la quale a una domanda diretta sulla qualità del suo rapporto con i genitori, aveva risposto, non senza una certa enfasi: “[...] magnifico, soprattutto quello con mio padre!”

Come vedremo, non era affatto così. Ecco il resoconto della seduta.

Posto in stato di rilassamento profondo, il paziente viene invitato a immaginare una spada. La visualizza molto piccola, con l’impugnatura incastonata di pietre preziose; la lama è in acciaio e brilla. La spada appare come sospesa nel nulla e sembra non essere mai stata usata. Invitato a collocarla in un luogo qualsiasi, il paziente la immagina conficcata in una roccia - come nel mito celtico - e vede questa roccia posta nel fondo di una valle scoscesa e apparentemente inaccessibile. Egli si trova in alto e può vedere la roccia e la spada in lontananza; tutto intorno vi sono foglie e rami secchi, e rovi, come se quel luogo fosse da tempo abbandonato. Invitato ad avvicinarsi alla spada, una volta giunto nei pressi della roccia, egli scopre che tanto la roccia quanto la spada, che prima, da lontano, sembravano piuttosto piccole, ora appaiono enormi. Si ritrova così ai piedi di questa immensa roccia, di forma sferica, dalla cui sommità vede spuntare parte della spada. Lo invito a scalare la roccia. In un primo momento decide di non farlo, sia per la paura, sia per la difficoltà della salita, dato che la roccia gli appare levigata e senza alcun appiglio. Gli suggerisco allora di guardare con attenzione, alla ricerca di vie possibili di salita che precedentemente poteva non aver notato. Gli appare allora una corda che scende dall’alto, lasciata forse - egli afferma - da qualche scalatore che ha tentato l’ascesa prima di lui. Inizia a salire, arrampicandosi lungo la corda con la forza delle braccia e aiutandosi con le gambe, ma la fatica e le difficoltà sono insostenibili e non riesce che a salire di pochi centimetri. Improvvisamente, e spontaneamente, cambia lo scenario ed egli si ritrova in alto, su una collina di fronte. Da lì vede la roccia e una figura che sale lungo la fune, arrampicandosi con grande agilità e senza alcuna apparente fatica. Vista la facilità con cui si arrampica, in un primo momento il paziente dubita che possa trattarsi di un essere umano; forse è uno strano animale. Dopo poco si rende però conto che chi sta così facilmente salendo è un uomo. Poiché la distanza da cui sta osservando non gli permette di distinguerne i connotati, gli suggerisco di immaginare nelle sue mani un binocolo e lo

invito a puntarlo verso la figura, fino a inquadrarne nitidamente il volto. Una volta inquadrata la figura, il suo volto appare rivolto verso la roccia, cosicché il paziente riesce a malapena a notarne soltanto una parte del profilo. Al mio successivo suggerimento di immaginare che il capo dello sconosciuto scalatore si volga verso la sua direzione, appena ciò accade l'immagine si sfoca improvvisamente e non permette al paziente di poterne vedere con precisione i tratti del volto. Dopo alcuni tentativi, quando finalmente riesce a mettere a fuoco l'immagine, gli appare il volto del padre, la cui espressione è sprezzante, beffarda e deridente. In quel momento, improvvisamente, lo scenario cambia nuovamente: adesso il paziente si vede sulla sommità della roccia, in piedi, davanti a quella enorme spada; si siede a terra e, con un misto di ammirazione e paura, rimane a contemplarla.

Questa esperienza immaginativa ha fornito informazioni preziose, in particolare sulle imago parentali; informazioni che hanno permesso la formulazione di una diagnosi eziologica. La spada inserita nella roccia sembra infatti rinviare al coito genitoriale fantasmaticizzato, dove le due figure parentali appaiono gigantesche. La triangolazione edipica pare evidente, così come l'inferiorità del paziente nei confronti della 'potenza sessuale paterna'. La comparazione fra le due spade farebbe pensare infatti, in associazione all'ascesa fallita, a un vissuto di potenza paterna che lo domina e lo sovrasta, e a un proprio vissuto interiore di impotenza.

Da un punto di vista junghiano si coglierebbe la presenza di un complesso parentale negativo. Se leggiamo invece la scena sulla base della teoria psicosessuologica di riferimento, si può notare come il paziente sia rimasto intrappolato nella relazione con la madre; mentre il padre, lontano, potente e minaccioso, non gli ha permesso una adeguata identificazione. Il percorso dell'identità sessuale è stato dunque bloccato e inibito, e da ciò ne è derivato il sintomo. Sulla base di questa 'decodificazione' del sintomo è stato così possibile orientare l'intervento terapeutico. Infatti, anche se l'esperienza immaginativa non è stata di per sé risolutiva, e la scomparsa del sintomo è avvenuta gradualmente nei mesi successivi, è stato possibile, con l'aiuto delle immagini, svelare l'eziopatogenesi del sintomo e creare le condizioni per un adeguato approccio psicoterapeutico, che il paziente aveva fino a quel momento rifiutato. Inoltre l'esperienza immaginativa ha permesso al paziente di accettare che il suo disturbo non fosse organico (cosa su cui egli insisteva pervicacemente) ma psicologico. Egli ha così rinunciato alla ricerca di sbrigative terapie farmacologiche e si è orientato, senza più resistenze, verso una psicoterapia sessuologia psicomodinamica.

-secondo caso: il "Fiume"

Il paziente, al momento dell'inizio della terapia, aveva circa quarant'anni, era coniugato da undici, e non aveva figli. Suo padre era morto quando lui era poco più che adolescente. Con la madre aveva da sempre avuto un rapporto pessimo. La sua sessualità era stata vissuta esclusivamente all'interno del matrimonio, essendo stata la moglie la sua prima e unica partner sessuale, e non avendo mai avuto esperienze extraconiugali. Lamentava da tempo un'impotenza erettile - patologia in grado di produrre in chi ne soffre un disagio notevole - e, come accade sovente in questi casi, una discreta conflittualità di coppia. Inoltre il sintomo sessuale era accompagnato da episodi di attacco di panico con agorafobia, la cui frequenza e intensità erano andate intensificandosi nel tempo.

L'esperienza immaginativa gli è stata proposta in quinta seduta e ha determinato la risoluzione immediata e completa del sintomo. Il caso, pur possedendo una qualche capacità di fascinazione, non deve tuttavia fare testo, dato che la risoluzione del sintomo sessuale con una sola seduta immaginativa è da considerarsi certamente possibile, come dimostra il caso qui riportato, ma nei fatti non così frequente. Vediamo il resoconto della seduta.

In stato di rilassamento, il paziente viene invitato a immaginare di trovarsi sulla sponda di un fiume. Egli vede la sponda, dove vi è una piccola spiaggia fatta di ciottoli e, qua e là, qualche masso più grande. L'acqua è calma, poiché quello è un punto in cui il fiume scorre lentamente e, sulla riva, sciaborda quasi fosse una delicata risacca. Il paziente vede se stesso bambino (avrà forse sette o otto anni) in quella piccola spiaggia, intento a giocare con i sassi e con l'acqua. Sembra solo, ma invitato a guardarsi attorno, scorge poco lontano da sé due piedi nudi immersi nell'acqua, e due gambe che spuntano da un paio di pantaloni parzialmente arrotolati. Invitato a far scorrere il suo sguardo verso l'alto e a osservare il resto di quella figura, si accorge che quel corpo e quel volto appartengono a suo padre. L'espressione è quella serena che ha sempre avuto; il volto è dolce e paziente, anche se sottolineato da un sorriso che appare mesto, quasi triste. Il padre non parla, e il bambino neppure; stanno in silenzio, uno accanto all'altro; l'uno a giocare e l'altro a sorvegliare e proteggere.

Invitato a guardare verso la riva opposta del fiume, il paziente vi scorge, seduta su di un grande masso a picco sull'acqua, una figura femminile che riconosce immediatamente essere la propria madre. L'espressione di lei è aggressiva, beffardamente crudele, minacciosa: lo osserva da lontano ed egli ne è intimorito, ma si sente rassicurato dalla presenza del padre accanto a sé.

Suggerisco al paziente di immaginare di attraversare il fiume, e lo induco a scorgere una piccola imbarcazione adagiata poco lontano, sulla ghiaia; imbarcazione che potrà utilizzare

per accedere all'altra riva. Le sue reazioni corporee (mimica, respirazione, sudorazione, ecc.) segnalano che è preda di una intensa angoscia. Mi aspetto che esca spontaneamente dallo scenario immaginativo. Egli, invece, decide di non utilizzare l'imbarcazione ma di tuffarsi in acqua direttamente, per attraversare a nuoto il fiume. Ogni bracciata sembra corrispondere a un tempo della sua vita, poiché più avanza verso l'altra riva più cresce in età (ricordo che, mentre era intento a giocare con i ciottoli, aveva circa otto anni). Giunto al centro del fiume si ritrova esausto e spaventato, con la corrente che si fa minacciosa, altrettanto di quanto appare la madre che lo attende sull'altra sponda. All'improvviso cambia scenario e d egli si ritrova nella scena precedente, bambino, che gioca sulla piccola spiaggia, con il padre accanto a vigilare, protettivo. Per altre quattro volte tenta di attraversare il fiume a nuoto, rifiutandosi sempre di usare l'imbarcazione che ogni volta aveva potuto scorgere poco lontana. Per altrettante volte si blocca a circa metà del percorso, per ritrovarsi nuovamente nel luogo e nelle condizioni di partenza. Al quinto tentativo, dopo le prime bracciate, si accorge di non fare più fatica; anzi l'acqua sembra sostenerlo come se fosse solida, al punto da potervi quasi camminare sopra. Con poche ma potentissime bracciate raggiunge l'altra riva, lontano tuttavia dal masso su cui, immobile e minacciosa, lo osserva la madre. Prende terra sotto gli occhi materni, che lo fissano seguendo ogni suo movimento e, prima di scorgere, non molto distante dal punto in cui si trova, un accampamento di zingari, si rende conto di essere cresciuto e diventato adulto.

Gli suggerisco di avvicinarsi all'accampamento ma, mentre si immagina intento a farlo, vede che la carovana sta smobilitando e si prepara a partire. Indeciso sul da farsi, sta già per tornare indietro quando lo invito, intervenendo nuovamente nel suo scenario immaginativo, a seguire i nomadi. Dopo alcuni tentennamenti si mette in cammino al loro seguito, a piedi. Nel suo andare, la carovana - alla quale il paziente si è ormai aggregato - percorre una vasta pianura, a un lato della quale egli scorge i primi alberi di una foresta. La visualizza come una fittissima boscaglia che gli incute timore e alla quale si avvicina, dietro mio suggerimento, con qualche titubanza. Viene invitato ad abbandonare la carovana, e ad addentrarsi nel bosco. Mentre egli entra nel fitto della boscaglia, questa diventa sempre più fitta, fino a trasformarsi in una sorta di tunnel stretto e buio, con il terreno sotto i suoi piedi sempre più in salita, tanto da diventare quasi scosceso. Quando sembra sul punto di fuoriuscire da questa sorta di tunnel arboreo, buio e scosceso, scopre che l'uscita è sbarrata da un enorme masso che la ostruisce completamente. Prova a spostarlo per uscire. Non solo il masso non si sposta di un millimetro, ma addirittura il paziente comincia a scivolare all'indietro, rischiando di rovinare lungo il tunnel. Scorgo dall'espressione del suo volto la disperazione che sta provando in quel momento. Gli suggerisco allora di immaginare di aver ricevuto in dono dallo sciamano degli zingari un anello dotato di poteri magici, di averlo al dito e di avere la facoltà di utilizzarlo per risolvere la difficile situazione. Con la forza che sente avergli dato l'anello sposta con facilità il masso, ma questo, rotolando lungo il dirupo verso cui aggetta il tunnel, lo trascina con sé; ed egli si ritrova nella scena iniziale, sulla riva del fiume, bambino, con il padre accanto.

Allora ricominciamo daccapo: attraversa di nuovo il fiume, incontra gli zingari, si separa da loro per entrare nella foresta, percorre il tunnel buio e stretto e si ritrova davanti al masso che ne ostruisce l'uscita; sposta il masso con l'aiuto dell'anello, rotola lungo il dirupo assieme al masso e si rivede di nuovo bambino, sulla riva del fiume, con il

padre....E così per altre cinque volte! All'ennesima, giunto di fronte al masso, decide spontaneamente di non usare più i poteri dell'anello e di provare a spostare l'enorme pietra con le sole sue forze. Con determinazione vi riesce; il masso viene spostato ed egli vede di fronte a sé un sentiero in lieve discesa che porta al fiume. Lo percorre e giunge a una riva diversa da quella precedente: l'acqua è sempre limpida e il fiume scorre quietamente, ma la riva è sabbiosa e tiepida, scaldata dai raggi di un bellissimo sole che splende a metà dell'orizzonte; intorno, una vegetazione rigogliosa incornicia l'ansa del fiume. Il paziente, che non è più bambino ma adulto; si arrotola i pantaloni e immerge i piedi nudi nell'acqua fresca (proprio come il padre). Lo invito a rimanere in quel luogo tutto il tempo che desidera, prima di terminare la seduta.

Pare persino superfluo sottolineare quanto ricca e piena di significati sia questa esperienza immaginativa; e di quanto spazio e tempo necessiti per essere adeguatamente commentata. Mi limiterò qui a sottolinearne soltanto alcuni punti.

Innanzitutto possiamo cogliere con tutta evidenza come l'atteggiamento materno abbia impedito al paziente di sperimentare un legame di attaccamento affettivo gratificante e rassicurante; e come ciò abbia determinato in lui l'instaurarsi di un meccanismo difensivo di 'evitamento angoscioso' (che possiamo per altro ritrovare in parte simbolizzato nel sintomo), che ha bloccato il percorso di costruzione della sua identità sessuale alla prima tappa, quella della separazione dalla figura materna. Tale separazione, infatti, può avvenire in maniera armoniosa e 'sana' soltanto se la madre la prepara e la favorisce, fornendo al figlio una "base sicura" (Bowlby, 1988), dalla quale partire e alla quale poter anche fare ritorno. Ciò non aveva permesso una adeguata controidentificazione con il femminile materno; mentre l'identificazione con la figura paterna aveva assunto caratteri prevalentemente compensativi e rassicuranti, di tipo materno. L'identificazione con il 'maschile' non era dunque stata sufficientemente adeguata alla 'costruzione' di una identità sessuale maschile matura.

La madre era sempre stata una figura temuta, castrante. Altrettanto, per proiezione, lo erano anche tutte le altre figure femminili. Ella stata una madre non amorevole, da evitare, e nei confronti della quale non sentirsi mai all'altezza. Per il paziente, andare verso di lei, 'affrontarla', è stato un modo per abbandonare l'infanzia e crescere (da non dimenticare che nell'interpretazione psicodinamica dell'attacco di panico si ritrova sempre una profonda angoscia di separazione e di abbandono). Egli dunque, simbolicamente, ha superato le proprie paure e ha sperimentato le proprie

capacità individuali, utilizzando il padre come figura di attaccamento. Si è separato dalla madre, ma continuando a evitarla: dunque rinunciando una volta per tutte a viverla come 'figura di attaccamento'. Il paziente, attraverso l'esperienza immaginativa, ha operato una ristrutturazione della propria identità sessuale, compiendo un percorso di crescita e di formazione. Si è immerso nella propria vita e nell'inconscio (il fiume), consapevole delle difficoltà e lasciandosi alle spalle le figure parentali, dopo essersi affrancato sia dalla madre minacciosa e castrante, sia dal bisogno della protezione paterna.

Analizzando questa esperienza immaginativa dal punto di vista della Psicologia analitica, gli zingari potrebbero rinviare a un aspetto mercuriale (forse anche dionisiaco), che ha a che fare con il movimento, con la libertà in assenza di costrizioni e regole, con l'andare del Viandante. Anche il percorrere il tunnel buio e l'uscirne fuori dopo aver liberato l'uscita dal masso che la ostruiva appare ricco di rimandi simbolici; così come il transitare dal buio alla luce potrebbe far pensare al processo alchemico, o alla discesa agli inferi e alla risalita dell'Eroe. Inoltre si potrebbero cogliere rinvii alle esperienze di iniziazione e ai riti di passaggio che scandiscono la crescita e la maturazione dell'uomo. Togliere dal proprio percorso un ostacolo (il masso) che lo bloccava - e che rinvia metonimicamente alla madre (ricordiamo che la madre è seduta sul fiume proprio su un masso simile) - e ricongiungersi al padre in una in una identità con questi, rimanda infine alla conquista della propria identità maschile.

Nel caso che ho appena descritto è accaduto che il paziente abbia risolto il proprio sintomo sessuale in quell'unica seduta immaginativa. E' anche accaduto che la sintomatologia concomitante - il disturbo da attacchi di panico - si sia ridotta in misura significativa, tanto in intensità quanto in frequenza. Un approccio analitico critico potrebbe rilevare, tuttavia, come i nodi complessuali del paziente siano rimasti parzialmente irrisolti - ad esempio, egli ha continuato, anche nella vita reale, a evitare di incontrare la madre - e quanto egli non abbia intrapreso un vero percorso individuativo. Detto questo, non si può non riconoscere che l'esperienza immaginativa ha comunque risolto il quadro sintomatologico specifico del nostro paziente.

Aspetti neuropsicologici

Oggetto di questi brevi cenni di neuropsicologia è il lavoro di ricerca sviluppato alcuni anni or sono con il collega Gabriele Optale. Lo scopo della nostra ricerca era dimostrare, dal punto di vista neuroscientifico, l'efficacia terapeutica e le potenzialità psicoplastiche della Sessoterapia immaginativa. Per evidente analogia, i risultati del nostro lavoro di ricerca potrebbero essere estesi a tutte le terapie che utilizzano le immagini e l'immaginazione come strumento di cura.

Pensammo, allora, di trasferire in un *compact disc* alcune delle immagini simboliche della Sessoterapia immaginativa (di alcune di queste è stata più sopra data sommaria descrizione) e riprodurre in 'realtà virtuale' (r.v.) una sorta di percorso simbolico ideale di sviluppo dell'identità sessuale maschile, su cui, per brevità, sorvolerò. Con questo metodo le immagini, anziché suggerite dal terapeuta e visualizzate dal paziente, venivano presentate direttamente a quest'ultimo tramite un visore per realtà virtuale, accompagnate da un commento sonoro che le enfatizzasse. In tal modo il paziente si sarebbe venuto a trovare 'immerso' nelle 'immagini chiave' della Sessoterapia immaginativa, percepite direttamente sullo schermo del visore e non visualizzate mentalmente. La ricerca si è svolta nell'arco di sei mesi, durante i quali i soggetti coinvolti, che erano maschi adulti affetti da deficit di erezione di natura psicogena, sono stati trattati con l'immersione in realtà virtuale associata a psicoterapia psicosessuologica. In particolare, il trattamento con r.v. prevedeva dodici sedute immaginative nell'arco di sei mesi, che ripercorrevano le linee ontogenetiche dello sviluppo dell'identità sessuale maschile per soggetti eterosessuali, secondo la teoria psicosessuologica di riferimento. Erano stati già trattati con tale metodo, fino a quel momento, oltre 150 pazienti di sesso maschile affetti da disturbi dell'erezione e/o da eiaculazione precoce. Dopo aver constatato, nei follow up, che i risultati positivi ottenuti nella cura si mantenevano a distanza di anni, è stato possibile ipotizzare che potessero essersi verificati cambiamenti funzionali in aree cerebrali strettamente connesse al sintomo.

Per analizzare le parti del cervello potenzialmente coinvolte abbiamo deciso di utilizzare, tanto nel piccolo gruppo che è stato oggetto della nostra ricerca, che nel gruppo di controllo - prima dell'inizio del ciclo di terapia e circa sei mesi dopo il suo completamento - scansioni cerebrali con PET (*Positron Emission Tomography*), metodo che utilizza come indice il consumo di glucosio da parte delle cellule cerebrali. In questo modo è stato possibile osservare gli effetti della terapia su particolari aree

del cervello in un piccolo gruppo di undici pazienti scelti a caso. Sette di questi, anch'essi scelti a caso fra gli undici, erano stati sottoposti, oltre che a una terapia psicodinamica, anche alle esperienze con l'immersione in r.v.; mentre gli altri quattro erano stati trattati soltanto con la terapia psicodinamica. Questi ultimi, che considereremo come gruppo di controllo, e che non erano stati sottoposti al trattamento con r.v., non avevano ritrovato un'adeguata performance sessuale, né erano stati evidenziati cambiamenti funzionali nelle loro PET cerebrali. I primi sette casi, trattati anche con immagini in r.v., avevano invece ritrovato un'adeguata e duratura performance sessuale, e inoltre si erano evidenziati nelle loro PET cerebrali alcuni cambiamenti funzionali. L'analisi dei risultati delle PET effettuate prima del trattamento aveva evidenziato in tutti i soggetti alterazioni dell'attività metabolica cerebrale nelle seguenti aree: corteccia frontale, nucleo caudato, talamo. Nei controlli successivi al trattamento terapeutico, i sette pazienti che avevano beneficiato della terapia con immagini in r.v. hanno mostrato una 'normalizzazione' di quelle stesse aree, mentre ciò non si è verificato, come detto, negli altri quattro casi. Sulla base di questi risultati abbiamo ipotizzato l'esistenza di un circuito cerebrale che unisce il talamo, la regione corticale prefrontale, l'area associativa prefrontale, il settore laterodorsale corticale (corrispondente all'area 4S), la testa del nucleo caudato, il globus pallidus e il talamo. Un circuito che abbiamo definito 'Algoritmo Sessuale Maschile', e che risulterebbe sensibile al trattamento combinato della psicoterapia e della terapia con immagini in r.v.; la quale in particolare avrebbe come effetto la 'disinibizione' dell'impulso sessuale.

Come agirebbe dunque la terapia con immagini in r.v. su questo circuito? La risposta parte dal presupposto che, secondo quanto afferma J. Le Doux (1993), la mente inconscia può operare in maniera più fluida con modalità non verbali, e che a un modulo emozionale corrisponde una linea neuronale che ne permette l'effettuazione; come, ad esempio, nel caso del ridere o della paura. L'applicazione della terapia con immagini in r.v., che utilizza appunto le immagini, coinvolgerebbe il paziente promuovendo in esso nuove associazioni neuronali. L'utilizzo di immagini in r.v., associato alla psicoterapia, permetterebbe ai meccanismi terapeutici di agire, oltre che sul talamo e sulle aree corticali di associazione, anche sulle aree sede della memoria a lungo termine, sovrapponendo, per così dire 'nuove esperienze' alle vecchie, in una sorta di '*reality monitoring*', e favorendo *pattern* coerenti di connessioni. Il cammino terapeutico per immagini,

eludendo le difese cognitive, accelererebbe il processo psicodinamico, che verrà poi elaborato con lo psicoterapeuta sessuologo alla fine della sessione. Si realizzerebbe così una sorta di 'ristrutturazione della memoria, attraverso una sovrapposizione delle presenti esperienze su quelle traumatiche del passato (vediamo qui un evidente analogia con le ipotesi di Désoille).

Partendo dagli studi di E. Kandel (1979) sulla lumaca marina *aplysia californica*, e integrandoli con quelli riguardanti la funzione del *big brain gene of drosophila*, fino a considerare quelli sulla riorganizzazione corticale delle scimmie, dove sia adattamenti che stimolazioni possono determinare dei cambiamenti di funzionalità neuronale; e confortati dall'analisi dei risultati ottenuti dallo studio delle *brain pet* nei pazienti affetti da impotenza psicogena, abbiamo potuto ipotizzare l'esistenza di un unico modello primordiale di comportamento sessuale umano, privo di controllo consapevole, e suscettibile di essere successivamente modificato da una serie di adattamenti culturali e relazionali, in analogia a quella comunemente chiamata "*big brain hypothesis*". Questo ci ha portato a ipotizzare l'esistenza di un sistema cerebrale adibito alla procreazione, che abbiamo indicato come 'Algoritmo Sessuale Maschile', inteso come un sistema neuronale attraverso il quale l'effettuazione di una sequenza di passaggi, se eseguiti correttamente, portano allo stesso effetto (nel caso che ci interessa, alla realizzazione del coito) basato su una forma di sessualità umana disgiunta dal concepimento, non molto dissimile da quella esistente tra le scimmie *Bonobos*. Questo sistema avrebbe una comune matrice filogenetica, identificabile e localizzabile topograficamente nel circuito cerebrale deputato al meccanismo dell'erezione copulativa, e controllato da un 'freno cerebrale'. Il sistema cerebrale che controlla l'erezione ben si inserisce sulla scia degli studi che sostengono l'ipotesi del 'freno cerebrale', e in particolare di quelli compiuti sull'area mediale preottica ipotalamica dei topi e delle scimmie maschio.

La funzionalità dell'algoritmo sessuale si concretizzerebbe, piuttosto che in un separato parallelo meccanismo eccitatorio e inibitorio come postulato da J.Bancroft (1998), in una differente plasticità sinaptica tra i neuroni interessati, modulante l'azione inibitoria appresa, analogamente a quanto è stato ipotizzato che accada nel bulbo olfattivo accessorio dei topi e nella trasmissione sinaptica dell'ippocampo dei granchi marini socialmente dominanti o subordinati. Il fatto poi che l'amigdala, sul cui

ruolo si soffermano molti autori impegnati nell'indagare i vari circuiti neuronali, non sia direttamente coinvolta in questo ipotetico neuroscenario, potrebbe trovare una sua giustificazione nel fatto che il disturbo dell'erezione costituisce non una reazione emotiva innata, bensì una risposta di evitamento, di elusione, appresa e rinforzata; al punto di divenire un'abitudine quando si presenta uno stimolo appropriato che aggiri la risposta innata.

Su queste basi, naturalmente, è possibile ipotizzare che anche altre terapie immaginative possano produrre, dal punto di vista neuropsicologico, gli stessi effetti plastici sulla psiche; vale a dire che 'curare con le immagini' possa favorire la costituzione di nuovi circuiti neuronali.