

Sessualità traumatica: un dialogo tra neuroscienze e psicoanalisi

Chiara Soligo*

SOMMARIO. – Questo articolo esplora la complessa relazione tra l’abuso sessuale durante l’infanzia e lo sviluppo di disfunzioni sessuali nell’età adulta, attraverso una prospettiva integrata che unisce psicoanalisi, neuroscienze e sessuologia. Le esperienze traumatiche di abuso possono interrompere la connessione vitale tra mente e corpo, spesso provocando sintomi dissociativi e patologie somatiche. Nell’ambito sessuale, questi traumi possono riaffiorare come ricordi dolorosi, dissociazione o disfunzioni sessuali. Le conoscenze neuroscientifiche – in particolare quelle riguardanti la disregolazione autonoma e le memorie implicite – evidenziano come il trauma si iscriva nel corpo, offrendo indicazioni cliniche che completano la teoria psicoanalitica. Basandosi sui contributi di Freud, Ferenczi e autori contemporanei come Mucci, l’articolo sottolinea l’importanza di approcci terapeutici che affrontino sia la dimensione psicologica sia quella corporea del trauma. La relazione analitica, fondata su sicurezza, empatia e rispecchiamento emisferico destro, può aiutare a ristabilire un senso di sé, di agency e di intimità relazionale. In ultima analisi, la terapia psicoanalitica può facilitare l’integrazione delle esperienze dissociate, permettendo un profondo potenziamento personale e un ritorno a una soggettività più unificata e incarnata.

Parole chiave: abuso sessuale infantile, disfunzioni sessuali post-abuso, *embodiment*, psicoanalisi, neuroscienze.

Introduzione

L’abuso sessuale infantile rappresenta una delle esperienze più critiche di cui si possa fare esperienza. Per i complessi e contraddittori messaggi implicati a livello psicologico e per le cicatrici fisiche in un corpo non ancora pronto alla sessualità, l’abuso si incista nel sistema mente-corpo di chi lo subisce come una memoria implicita, venendo richiamato in causa nelle esperienze sessuali in età adulta. Per chi è stato esposto a una tale violenza durante l’infanzia, la sessualità continua a rappresentare un terreno minato,

*SIPRe, Milano, Italia. E-mail: chiara.soligo.1@gmail.com

spesso condita da un funzionamento sessuale difficoltoso. Risulta interessante per la comprensione del legame tra una sessualità infantile traumatica e una sessualità adulta disfunzionale andare a indagare attraverso quali meccanismi e processi la memoria traumatica si possa tradurre in sintomo.

Allargando lo sguardo alla comprensione teorica, possiamo considerare che, fin dagli albori, la psicoanalisi si è occupata del misterioso rapporto tra la mente e il corpo. Come si intrecciano? O meglio, come può un sintomo somatico non avere traccia nel soma, ma risalire a un movente psichico? Centrale diviene il dibattito eziologico, che sottolinea il ruolo del trauma nella produzione e nel mantenimento dei sintomi isterici. Le neuroscienze moderne seguono parallelamente la stessa linea, studiando i meccanismi di incistamento somatico del trauma. Si può notare come l'interesse per il rapporto tra la mente e il corpo, oppure, volendo superare il dualismo cartesiano, per il sistema mente-corpo nella sua interezza, sia condiviso da più discipline. L'intento di questo scritto è di intessere un dialogo tra diverse trame, per arrivare a una comprensione multidisciplinare, nei limiti concessi dalla brevità dei caratteri, che possa aiutare a guardare al paziente nella sua interezza, offrendo delle prospettive di trattamento psicoterapeutico. È allora nella comprensione psicologica della peculiarità del sintomo e della sua funzione, connaturata a una sopravvivenza fisica ed esistenziale, che possiamo inserirci nella pratica clinica come analisti all'interno del complesso dialogo interdisciplinare tra neuroscienze e psicoanalisi.

Voci psicoanalitiche

Gli psicoanalisti degli albori si affaccendavano nello studio dell'isteria: osservavano, infatti, numerosi pazienti lamentare sintomi fisici inspiegabili. Si iniziava a comprendere come tali sintomi fossero dovuti a una componente emotiva intensa che non trovava via di scarica e veniva quindi espressa attraverso il corpo (Freud, 1892, 1895). Infatti, mentre Charcot individuava la causa dei sintomi isterici in una trasmissione ereditaria, Freud e Breuer iniziavano a individuarla nel ricordo inconscio di un trauma (Mucci, 2024; Prela, 2024). Questi autori riconobbero a Charcot nello scritto del 1892, *Sulla teoria dell'attacco isterico*, che una particolare disposizione potesse influenzare la difficoltà di un individuo nello smaltimento dell'energia in eccesso, che andrebbe ad accumularsi nel sistema nervoso e a tradursi in trauma. L'attacco isterico sarebbe, quindi, causato non da fattori ereditari, bensì dal ritorno del ricordo del trauma. Dinanzi a una tale quantità di energia disorganizzante accumulata e espressa dal corpo, inizia a farsi strada l'idea che l'apparato psichico possa mettere in atto dei meccanismi per difendersi da tale angoscioso processo. Nasce, così, la teoria della rimozione, come atto esercitato volontariamente per allontanare il ricordo (Freud,

1985). Il trattamento, inizialmente l'ipnosi, poi la *talking cure*, doveva mirare ad abreagire il ricordo (Mucci, 2024). Tuttavia, nella configurazione di una spiegazione eziologica si riconosce una divergenza di opinioni tra Freud e Breuer. Tale divergenza si sviluppa attorno al ruolo attribuito alla sessualità. Fu nel *Progetto di una psicologia* (1895) che Freud si distaccò da Breuer attribuendo la causa delle nevrosi da difesa a un trauma di natura sessuale subito prima della maturità. Confermò questa tesi nell'anno successivo in *Etiologia dell'Isteria*: "Alla base di ogni caso di isteria vi sono uno o più episodi di esperienza sessuale precoce della prima infanzia" che spesso avvenivano per opera di parenti stretti, spesso il padre o il fratello (p. 344, trad. it. 1968). La teoria eziologica avanzata da Freud venne ripudiata in primo luogo da Breuer, che ipotizzava fosse imputabile a un meccanismo di tipo dissociativo, sostenendo che le pazienti entravano in degli 'stati ipnoidi' (Prela, 2024). Freud venne, in seguito, ripetutamente criticato e accusato di indurre tali ricordi nelle proprie pazienti. Così, nel 1925 rinunciò alla teoria della seduzione reale, aggiungendo che le esperienze traumatiche potevano avere una natura fantasmatica.

Una concettualizzazione di trauma come evento psichico allontanato volontariamente, senza che si fosse ancora intuito che alcune tracce potessero venire iscritte nel corpo, oltre qualsiasi volontarietà o coscienza. O meglio, non si era intuita la capacità del corpo di registrare delle memorie non coscienti e quindi implicite nelle aree posteriori associative temporo-parietali dell'emisfero destro, ancora prima che possano intervenire le strutture ippocampali deputate alla registrazione esplicita dei fenomeni mnestici. Infatti, alcune esperienze vissute in età infantile, inclusi episodi di violenza sessuale o fisica, avvengono prima che l'ippocampo sia sufficientemente maturo, non essendo passabili di rimozione, che è una difesa più matura (Mancia, 2006). Tali memorie vengono registrate e contribuiranno a formare quello che Mancia chiama *inconscio non rimosso precoce* (Mancia, 2003).

Fu poi Ferenczi a dar voce alle vittime di abusi, offrendo un contributo fondamentale nello studio del trauma interpersonale in quanto esperienza reale. La teoria del trauma di Ferenczi, si avvicina maggiormente alle ricerche neuroscientifiche attuali. I suoi studi individuarono come reazione patologica alla traumatizzazione interpersonale non tanto la rimozione, quanto la dissociazione o la frammentazione. Tale differenza risulta avere delle fondamentali implicazioni cliniche: la rimozione è una difesa più matura, mentre la dissociazione è più primitiva, come riconosciuto anche da McWilliams (2011). Infatti, le due difese sembrerebbero essere addirittura a carico di due emisferi differenti: il sinistro per la rimozione e il destro, a livello subcorticale, per la dissociazione (Schore, 2023). L'emisfero destro è il primo emisfero a maturare ed è deputato alle dimensioni affettive, relazionali, sociali: nell'emisfero destro vengono codificate tutte le informazioni intuitive, emotive e non verbali (Bear *et al.*, 1996; Mucci, 2020). Nei

bambini è questo primo emisfero a registrare maggiormente quanto accade e a inscrivere tracce implicite. Un corpo che diventa bersaglio di attacchi inconsapevoli e di dinamiche complesse di identificazione. Possiamo trovarne conferma in quanto messo in evidenza da Van der Kolk (2015), che illustra come l'immaturità psichica dell'emisfero sinistro e delle strutture ipocampali non interferisce nel grado in cui le esperienze traumatiche affettano il sistema mente-corpo di chi le subisce, bensì nella loro comprensione. Infatti, un'esperienza traumatica può colpire a un livello così primitivo tale da innescare reazioni dissociative anche in un adulto: la differenza sta negli strumenti per comprendere e giustificare quanto sia avvenuto, che il bambino non ha. Il bambino prova un affetto talmente intenso e inspiegabile, che lo porta a sentirsi completamente sopraffatto, non capendo quello che sta accadendo. Cerca, quindi, con i suoi strumenti di dare un senso a quello che vive: il senso di sopraffazione è tale da fargli percepire un senso di abbandono di sé simile alla morte: questo rilassamento totale costituisce il precursore della capacità di sopportare la violenza. Il bambino quindi, non solo si identifica con l'aggressore, ma ne introietta anche l'aggressività e gli affetti come il senso di colpa e la vergogna. Nel tentativo di incontrare un senso, il bambino finisce per convincersi che l'unica spiegazione sia quella di aver causato quanto accaduto: dinanzi a un messaggio così atroce e ambivalente nella sua natura, come quello di un abuso sessuale, l'unico modo per ristabilire un vago senso di controllo sull'ambiente senza sentirsi in balia di una tale crudeltà è assumerne la colpa e sentire nel proprio corpo la vergogna di aver provocato il desiderio dell'adulto. Così, il corpo stesso si trova a perdere di credibilità e risulta difficile mantenersi in contatto attraverso le sensazioni corporee: la dissociazione, allora, è l'unica difesa che consenta di allontanarsi da un corpo in cui si ritrovano le tracce del proprio aggressore, un corpo che è allo stesso tempo vittima di un aggressore e aggressore di se stesso, bersaglio di odio e attacchi (Ferenczi, 1932a; Mucci, 2013; Mucci, 2020).

Voci neuroscientifiche

Esiste un complesso e intricato rapporto tra la mente, che prova affetti che non riesce a riconoscere e identificare, precludendosi la possibilità di renderli parola, e il corpo, che si fa carico di quello stesso dolore che la psiche non può esprimere, incanalandolo verso una forma di espressione somatica. La ricerca neuroscientifica ha permesso di comprendere come effettivamente il dolore psichico possa tradursi in sintomo somatico – infatti, le teorie dell'*embodiment* illustrano, non solo come il trauma si rifletta nel corpo, ma anche come la memoria di esso venga racchiusa nella corteccia somatosensoriale (Van der Kolk, 2015).

Possiamo sicuramente iniziare questo tortuoso viaggio grazie al contributo di Bessel Van der Kolk, che nell'opera *Il corpo accusa il colpo* (2015) illustra con molta attenzione e cura tali meccanismi. Si evidenzia come il trauma provochi alterazioni del sistema nervoso centrale e periferico, che determinano a loro volta molteplici ricadute dal punto di vista psicologico, con conseguenze sul senso di Sé, sulla sfera sensoriale ed emotiva, sulla capacità di valutare i pericoli nell'ambiente e sul senso del tempo (Mitchell *et al.*, 2005; Porges, 2003; Williams *et al.*, 2006). Baldwin (2013), conferma quanto già osservato clinicamente dai primi psicoanalisti: chi subisce un trauma spesso manifesta una grande variabilità di sintomi, che non trovano una spiegazione medica, e una alta comorbilità con altre malattie. Viene spontaneo domandarsi il senso di tale attivazione sintomatologica: perché il corpo si attiva tanto? Perché compaiono tutti questi sintomi?

Noi esseri umani spesso dimentichiamo quanto profondamente siamo legati al *bios*, ma avvengono in noi delle reazioni che sono profondamente inscritte nella legge della sopravvivenza della specie (Darwin, 1859; Van der Kolk, 2015). Quando facciamo esperienza di un abuso o di una violenza, si attivano tutte le strutture del nostro corpo: dagli arti, alle pupille, al cuore, fino ad arrivare alle strutture cerebrali più primitive, del tronco dell'encefalo, che abbiamo ereditato nell'evoluzione della nostra specie addirittura dai rettili. Per sopravvivere, mettiamo in atto dei meccanismi tipicamente animali, che esitano in prima battuta in una risposta adattiva. Si tratta, infatti, di una risposta intrinsecamente legata alla sopravvivenza, che si struttura mettendo in gioco tutti i sistemi di sicurezza corporei: neurofisiologico, neuroendocrino, algico, fino ad arrivare al sistema autoimmune (Basson, 2012; Danese, 2020). Un corpo, quindi, che si protegge con grande efficacia: purtroppo, ripristinare le condizioni iniziali non sempre è facile e tali risposte in principio adattive, vengono mantenute nel tempo, determinando, tuttavia, un costo (McEwan & Stellar, 1993). A livello neurofisiologico, la risposta a un evento traumatico si organizza in due tipi di risposte differenziate dal punto di vista evolutivo. Dinanzi a un pericolo, infatti, i mammiferi fuggono o attaccano, mentre i rettili si paralizzano. Nonostante siano passati milioni di anni, noi esseri umani abbiamo mantenuto queste reazioni: nelle prime il sangue si allontana dal cuore, dirigendosi agli arti e alle periferie, che si contraggono e si preparano al movimento, il battito cardiaco aumenta, le pupille si dilatano: insomma, prevale il sistema nervoso simpatico e si attiva una risposta attacco-fuga. Nelle reazioni derivanti dai rettili, non solo prevale il sistema nervoso parasimpatico, con un abbassamento della pressione sanguigna e un rilassamento muscolare, ma si attivano proprio quelle aree del tronco dell'encefalo, che sono in grado di attivare delle reazioni salva-vita, quando ogni altra possibile azione di attacco-fuga risulta inefficace. Pensate al *freezing* dei topolini – anche loro eredi dei rettili: a volte non ci si finge morti, ma è il corpo stesso a

mimare la morte, senza che abbiamo alcuna possibilità di opporci (Baldwin, 2013; Porges, 2003; Van der Kolk, 2015). Una persona che in seguito a un trauma sviluppa un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) può avere una sintomatologia regolata da questa prima tipologia di reazioni: sintomi come i *flashback* esitano in un'iperattivazione dell'emisfero destro, deputato all'elaborazione visiva e emotiva, rispetto a quello sinistro, che elabora e costruisce un senso, nonché in una disattivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale. Si ha, così, la sensazione di essere intrappolati in un tempo passato traumatico che si fa presente (Koenigs & Grafman, 2009; Williams *et al.*, 2006). Poi, *freezing*, *numbing*, depersonalizzazione: se guardiamo le immagini di fMRI di persone a cui veniva chiesto di rievocare un trauma subito, notiamo come l'encefalo si spenga. Nessuna possibilità di sentire, di dare un senso a quello che sta accadendo può essere contattata (Van der Kolk, 2015). Capiamo, dunque, come il trauma possa inscrivere in modo così profondo nel nostro cervello da intaccare direttamente quel più primitivo nucleo, che ci ha caratterizzati come esseri viventi sulla Terra.

A livello neuroendocrino notiamo come anche il sistema limbico, chiamato 'cervello emotivo', mostra un'attivazione differenziata in seguito al trauma: il talamo si disattiva e di conseguenza non avviene correttamente il filtraggio delle informazioni di pericolo. Ogni stimolo viene percepito come saliente e pericoloso (Lanius *et al.*, 2001; Van der Kolk, 2015). L'amigdala risulta, quindi, iperattivata, esattamente come se l'evento traumatico stesse accadendo in quel momento (Rauch *et al.*, 2000; Williams *et al.*, 2006). Quando essa codifica il segnale di pericolo come una minaccia attiva la produzione di cortisolo e adrenalina, gli ormoni dello stress (Bear *et al.*, 1996; LeDoux, 2012). Ci si prepara alla fuga o all'attacco. Il guaio è che questo accade anche in assenza di pericolo e tale reazione difensiva viene mantenuta nel tempo anche in assenza di pericolo (Bear *et al.*, 1996; Lanius *et al.*, 2001; Williams *et al.*, 2006). Tuttavia, affinché l'organismo possa funzionare bene dev'esserci un bilanciamento ottimale tra attività simpatica e parasimpatica. I mediatori fisiologici prodotti, come l'adrenalina, il cortisolo e le citochine del sistema immunitario, agiscono sui recettori di diversi organi e tessuti, producendo effetti adattivi a breve termine, ma, se non vengono disattivati una volta terminata l'esposizione all'evento stressogeno, gli stessi effetti adattivi possono diventare dannosi, determinando un costo per l'organismo. L'accumulo di stress, infatti, disregola la neuromodulazione del dolore, modificandone la sensibilità dei circuiti e determinandone la cronicizzazione, e ha effetto sui processi autoimmuni (McEwen & Kalia, 2010; McEwen & Stellar, 1993). Si inizia, quindi a comprendere, come un evento reale esterno venga registrato nel corpo al di là di qualsiasi interpretazione o senso. In tutti i casi, possono passare diversi anni prima che le esperienze avverse vissute durante l'infanzia si traducano in forma di malattia. Questa marca profonda nel corpo viene favorita dalla particolare plasti-

cità del cervello e del sistema autoimmune in evoluzione (Danese *et al.*, 2007). Quando le esperienze stressanti dal punto di vista fisico e psicologico sono cumulative, i sintomi e le malattie croniche possono essere pensati come il prodotto di questi ripetuti incontri. Quanto più precoci, quanto più i loro effetti vengono integrati nei processi regolatori fisiologici, così come nei processi fisiologici che regolano la sessualità (Shonkoff *et al.*, 2009).

Sviluppi sessuologici: le disfunzioni sessuali post-abuso

La sessualità stessa risulta quindi condita da importanti distorsioni nella sfera emotiva, relazionale e fisica, tanto che Gewirtz-Meydan e collaboratori invitano a parlare più propriamente di sessualità traumatica (Gewirtz-Meydan & Goodbout, 2023; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022). Come tutte le attività del nostro corpo, anche il funzionamento sessuale è regolato dal bilanciamento tra sistema nervoso simpatico e parasimpatico, trovando nell'equilibrio tra i due una soluzione ottimale. Un abuso sessuale, considerato nella sua portata traumatica, altera tale bilanciamento. Riprendendo le due traiettorie evolutive delineate da Van der Kolk (2015), si possono notare dei parallelismi: da un lato, qualsiasi esperienza sessuale può costituire un *trigger* per un *flashback* – il tocco, lo sperma, la nudità, *etc.* – determinando, dunque, un *iperarousal*, che ostacola il funzionamento sessuale; dall'altro, vengono esperite reazioni dissociative, che portano a non sentirsi presenti o a guardarsi dall'esterno durante l'attività sessuale, non entrando in contatto con le proprie sensazioni corporee e determinando dunque la difficoltà a provare piacere (Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2021; O'Driscoll & Flanagan, 2016). Infatti, benché si registri una distribuzione abbastanza uniforme per tutte le disfunzioni sessuali, le più rappresentate nei sopravvissuti ad abusi sessuali infantili sono i disturbi dell'*arousal* (84%) e del desiderio (53%) nelle donne e disfunzione erettile (33%), disturbo da desiderio sessuale ipoattivo (24%) negli uomini (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022; Westerlund, 1992). Sembra, infatti, confermata una relazione inversa: più è forte l'impatto del trauma sul corpo, più difficile risulta entrare in contatto con le sensazioni genitali (Meston *et al.*, 2006). Le esperienze traumatiche si depositano nel corpo come memorie implicite, condizionando, quindi, la capacità di provare piacere sessuale. Considerando la sintomatologia a prevalente attivazione simpatica, possiamo notare come anche l'ipervigilanza durante le interazioni sessuali possa impedire di concentrarsi sulle sensazioni corporee (Gewirtz-Meydan & Goodbout, 2023). Alcuni studi hanno evidenziato la sovrapposizione delle risposte orgasmiche e dolorifiche: la percezione di uno stimolo come piacevole o dolorifico è data dal bilanciamento a livello del SNC tra eccitazione e inibizione. Per ottenere una risposta orgasmica è necessario che l'attivazione superi di poco l'inibi-

zione, in modo da non venire percepita come stimolo avversivo (Komisaruk *et al.*, 2023). Si nota come, quando l'attivazione simpatica risulta eccessiva, la risposta sessuale viene inibita (Bradford & Meston, 2006). Se consideriamo, dunque, le disfunzioni a prevalente attivazione simpatica, notiamo che per i meccanismi di neuromodulazione del dolore, la zona genitale diventa perennemente contratta e ipersensibile al dolore, come dinanzi a un pericolo (Basson, 2012; Graziottin *et al.*, 2020). Il dolore pelvico cronico si associa a numerose disfunzioni sessuali maschili e femminili: disturbi da dolore genito-pelvico, dispareunia e vulvodinia, alla prostatite e dolore penieno (Chaitow, 2007). Una sessualità evocatrice di ricordi traumatici che viene allontanata attraverso il sintomo. Quando allora la sessualità richiama quel pericolo originario, è il corpo stesso ad attivare sapientemente dei salvavita, che allontanano il pericolo o che ne scongiurano l'impatto traumatico: la disfunzione sessuale riveste una funzione psicologica rilevante, laddove permette di evitare altre esperienze traumatiche, di ristabilire un senso di sé positivo e di riconquistare un senso di controllo sulla sessualità (Gewirtz-Meydan, 2022).

Risonanze terapeutiche

Quale ruolo allora per la psicoanalisi? I contributi della letteratura neuroscientifica e sessuologica sicuramente possono orientare considerazioni fondamentali con pazienti che riportano tale configurazione. Tra queste, l'importanza di creare un *setting* sicuro e del rispetto scrupoloso del *timing*, laddove il loro senso di sicurezza e fiducia è stato minato alla base – esercizi dei protocolli sessuologici, come le focalizzazioni sensoriali, potrebbero rivelarsi disorganizzanti per questi pazienti, se non preceduti da un grosso lavoro sul trauma. Anche rompere la catena del silenzio che circonda l'indicibilità dell'abuso è fondamentale: contrariamente si andrebbero a validare i modelli operativi interni che il paziente si è costruito e anche la stanza di terapia diventerebbe un luogo in cui bisogna nascondersi (Binik & Hall, 2014; Gewirtz-Meydan, 2022; Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2021). Secondo Gabbard (2014) nella stanza di terapia vi sono sempre quattro persone: la vittima, il terapeuta, l'aggressore e lo spettatore muto. Il paziente in terapia metterà in atto queste identificazioni, oltre agli affetti scissi. Per questo motivo il lavoro con pazienti abusati non è facile e non può prescindere da un lavoro su di sé: è fondamentale per il paziente che il terapeuta non si identifichi come il salvatore, in quanto il paziente ha bisogno di sentire di avere egli stesso le risorse per salvarsi. Allo stesso modo sarebbero nocive un'identificazione con lo spettatore muto o con l'aggressore, perché implicherebbero una successiva ri-traumatizzazione. Il terapeuta deve, dunque, mantenere una postura etica, dosando i propri affetti nei confronti del

paziente, per permettere una riparazione, preservando i confini terapeutici del *setting* (Mucci, 2024). Infine, considerando la centralità del rapporto mente-corpo esaminata in precedenza, lo stesso Van der Kolk (2015) suggerisce che è importante una terapia che porti ad avvicinarsi al corpo e alle sue temute sensazioni, offrendo la possibilità di integrarle, come la *mindfulness* e lo yoga. Ma il dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze permette ulteriori passi. Se Freud era convinto che la *talking cure* potesse abreagire gli affetti legati ai traumi subiti, Ferenczi comprese che, quando si ha a che fare con vissuti traumatici, che hanno inciso in modo così profondo il corpo, non è sufficiente una terapia della parola che si mantenga a un livello intellettuale. Secondo Mucci, che ha elaborato la tecnica psicoanalitica del trauma, prestando particolare attenzione agli aspetti corporei, diventa fondamentale impostare una terapia psicoanalitica che possa aiutare a ricucire ciò che è stato lacerato, ovvero il rapporto tra la mente e il corpo, nonché quello tra passato e presente (Mucci, 2014, 2020, 2024). Per allontanarsi, quindi, dal mero livello intellettuale, tenendo conto delle più recenti scoperte neuroscientifiche, che confermano la teoria ferencziana, si può impostare una terapia basata sull'emisfero destro (Schore, 2019). Infatti, non solo il paziente rappresenta un insieme mente-corpo, ma anche il terapeuta stesso: nell'ascolto empatico del paziente il terapeuta può offrire una testimonianza incarnata, che gli permetta di sentirsi ascoltato, accolto e di riconoscere che attraverso lo sguardo e la presenza del terapeuta è possibile raccontare il trauma e riviverlo insieme in un luogo completamente sicuro, perché sostenuto, come insegna Ferenczi (1932b), dall'amore dell'analista per il proprio paziente. Così, l'analisi può rivestire una potente funzione: far sentire, che nonostante la dolorosa agonia, valga la pena vivere, usando come antidoto al dolore non solo delle spiegazioni, ma anche un'autentica tenerezza. Questo pone le basi perché il paziente costruisca un senso di fiducia, superando il senso di scissione e integrando le parti frammentate nel contesto della relazione terapeutica (Ferenczi, 1932b; Mucci, 2024). Una terapia *vis à vis* che permetta una connessione profonda tra emisferi destri sfruttando i processi di *mirroring*, che rendono possibili vissuti co-transferali. Allo stesso modo, una tale relazione sintonizzata permette al paziente non solo l'attuazione di un processo cognitivo, ma fa sì che il corpo dell'analista possa venire usato per reinscrivere nel proprio sé e nel proprio corpo gli elementi scissi perché diventino reintegrabili. Tali parti scisse elaborate attraverso il mirroring tra emisferi destri, vengono poi rielaborate dall'emisfero sinistro del paziente, che costruisce non solo un senso, ma anche una possibilità di espressione attraverso una parola, che viene a sua volta successivamente reintegrata nell'emisfero destro per una comprensione profonda e globale (Gallese, 2009; Mucci, 2020).

Inoltre, considerando le identificazioni con l'aggressore e i vissuti emotivi in precedenza illustrati, compito fondamentale dell'analisi risulta

anche quello di disidentificare il paziente sia dalla posizione di vittima, sia di persecutore, sostenendolo nell'appropriazione della propria agentività al di là del trauma (Gewirtz-Meydan e Ofir-Lavee, 2021; Mucci, 2014). In *Essere e divenire* (2015) Michele Minolli scrive che tendenza propria di ogni Io-soggetto è quella di attuare se stesso, ovvero di affermarsi con un atto di volontà dinamico. Gli altri, tra cui anche il terapeuta, esistono e hanno un ruolo fondamentale, ma non bisogna mai dimenticarsi che è il paziente ad attuare se stesso. Infatti, tutti gli approcci terapeutici concordano nell'obiettivo fondamentale di *empowerment* del paziente perché, se il trauma porta a sentirsi impotenti, la cura passerà attraverso il contatto di un senso di sé come capace di agire nel mondo esterno, un'appropriazione della propria configurazione per divenire un Io-soggetto. Da qui passa il recupero dell'iniziativa, della competenza e dell'identità, così come della capacità di fidarsi degli altri e di entrarvi in intimità (Gayford; 1975; Minolli, 2015; Mucci, 2020). La terapia, inoltre, costituisce un'importante esperienza di *connectedness*: aiuta a sentirsi esseri umani, parte di una comunità e, quindi, ad affermarsi nel mondo. Ne viene, dunque, che la psicoanalisi può permettere al paziente, inteso come un Io-soggetto, di affrontare e rielaborare il là e allora del trauma, ma anche e soprattutto di ricollocarsi nel qui e ora, facendo proprio non solo il proprio corpo, ma anche il proprio tempo e la propria particolare modalità di affermare se stesso, abitando il mondo e abitando il proprio divenire (Minolli, 2015; Mucci, 2013). Una psicoterapia psicoanalitica consente dunque un *empowerment* profondo, nonché la costruzione di un riavvicinamento tra la mente e il corpo: la guarigione dal sintomo sarà un riflesso di una trasformazione delle aree di funzionamento, tra cui quella relazionale e sessuale. Con un importante lavoro analitico, il paziente sarà anche eventualmente pronto per effettuare un'integrazione sessuologica specifica sulle disfunzioni sessuali, laddove fosse necessario, forte di un corpo integrato in tutte le sue parti e pronto ad altre stimolazioni terapeutiche (Gewirtz-Meydan & Ofir-Lavee, 2021).

Limiti, punti di forza e prospettive future

Un punto di forza importante di questo lavoro consiste nell'integrazione e nel tentativo di dialogo tra discipline e approcci terapeutici diversi: stando alle mie conoscenze non risultano altri lavori simili. Un grosso limite è dovuto al numero esiguo di caratteri, ulteriormente ridotto rispetto alla versione originale presentata all'IFPS forum 2024, che non ha permesso un adeguato approfondimento dei concetti trattati. Infatti, la multidisciplinarietà costituisce allo stesso tempo un punto di forza e un limite, laddove si sia mancato di precisione. Dato che sono ancora pochi gli studi che esami-

nano il rapporto tra abusi sessuali infantili e disfunzioni sessuali, sicuramente è necessario studiare più a fondo il fenomeno.

Conclusioni

In conclusione, gli abusi sessuali in età infantile sono sicuramente in grado di devastare una persona dal punto di vista psicologico e fisico, interferendo profondamente nella possibilità di contatto tra la mente e il corpo. Gli affetti dissociati trovano veicolo di espressione nel corpo, che in modo particolare si distacca dalla mente, sviluppando attraverso processi neurofisiologici, neuroendocrini, algici e autoimmuni delle vere e proprie patologie somatiche. Così, nella sfera della sessualità vengono messi in campo i fantasmi di tale passato traumatico, che si rievoca nel presente, con ricordi dolorosi, identificazioni pericolose o ancora sotto forma di sintomo, come una disfunzione sessuale. Le scoperte neuroscientifiche forniscono alcuni elementi fondamentali che da un lato orientano il lavoro analitico con il paziente e dall'altro confermano alcuni contributi psicoanalitici, tra cui soprattutto quello di Ferenczi. In tale configurazione sintomatica, l'analisi può permettere al paziente di attraversare il trauma, riappropriandosi e integrando le proprie parti dissociate e riavvicinando non solo passato e presente, ma anche la mente e il corpo, determinando un beneficio conseguente per la sintomatologia riportata nella sfera della sessualità. L'analisi, quindi, rende possibile la costruzione di una fiducia negli altri e nel mondo e un *empowerment* profondo.

BIBLIOGRAFIA

- Baldwin, D. V. (2013). Primitive mechanisms of trauma response: An evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1549-1566.
- Basson, R. (2012). The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: A perpetuating cycle. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(8), 2043-2051.
- Bear, M.F., Connors, B.W. & Paraiso, M.A. (1996). Williams & Wilkins (Trad. it.: Neuroscienze. Esplorando il cervello. 4ª ed. Traduzione e adattamento a cura di A. Angrilli et al., Edra LSWR S.p.A. 2016).
- Binik, Y. M., & Hall, K. S. K. (2014). *Principles and Practice of Sex Therapy*, Fifth Edition. Guilford Publications.
- Bradford, A., & Meston, C. M. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1067-1077.
- Chaitow, L. (2007). Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacro-iliac dysfunction and the trigger point connection. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11(4), 327-339.
- Danese, A. (2020). Annual research review: Rethinking childhood trauma—new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 236-250.

- Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(4), 1319-1324.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection*. John Murray.
- Ferenczi, S. (1932a). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi* (J. Dupont, Ed.; M. Balint & N. Jackson, Trans.). Harvard University Press (Trad. it.: *Diario clinico*. Gennaio-ottobre 1932 [G. Carloni, Ed.; 1a ed.] Cortina, 1988).
- Ferenczi, S. (1932b). *Confusion of tongues between adults and the child*. In J. M. Masson (Ed.), *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory* (Appendix C, pp. 231-236). Faber & Faber (Trad. it.: *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In J. M. Masson [Ed.], *Assalto alla verità. La rinuncia di Freud alla teoria della seduzione* [Appendice C]. Mondadori, 1984).
- Freud, S. (1892). *Letter to Josef Breuer* [Lettera non pubblicata]. Unpublished manuscript, Freud Archives, London (Trad. it.: *Lettera a Josef Breuer*, 29 giugno 1892. In *Abbozzi per la Comunicazione preliminare* [Opere 1]. Bollati Boringhieri, 2003).
- Freud, S. (1896). *The aetiology of hysteria* [Über die Ätiologie der Hysterie]. *Wiener klinische Rundschau* (Trad. it.: *Etiologia dell'isteria*. In *Opere 2* [pp. 331-360]. Bollati Boringhieri, 1968).
- Freud, S. (1925). *Selbstdarstellung* [Autobiographical study]. In L. R. R. Grote (Ed.), *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen* (Vol. 4, pp. 1-52). Leipzig: Felix Meiner Verlag.
- Freud, S. (1985). *Minute K: Die Abwehrneurosen* (Weihnachtsgeschichte) [Minute K: The Defense Neuroses (Christmas Tale)] [Manoscritto inedito]. Freud Archives, London (Trad. it.: *Minuta K: Le nevrosi da difesa* [Favola di Natale] [Opere 2, Progetto di una psicologia e altri scritti 1892-1899]. Bollati Boringhieri, 2002).
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Gallese, V. (2009). We-ness, embodied simulation, and psychoanalysis: Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 19(5), 580-584.
- Gayford, J. J. (1975). Battered wives. *Medicine, Science and the Law*, 15(4), 237-245.
- Gewirtz-Meydan, A. (2022). Sexual dysfunction among childhood sexual abuse survivors: The “functional” dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(7), 694–705.
- Gewirtz-Meydan, A., & Godbout, N. (2023). Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 141, 106195.
- Gewirtz-Meydan, A., & Ofir-Lavee, S. (2021). Addressing sexual dysfunction after childhood sexual abuse: A clinical approach from an attachment perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(1), 43-59.
- Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022). The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 265-277.
- Graziottin, A., Murina, F., Gambini, D., Taraborrelli, S., Gardella, B., & Campo, M. (2020). Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 252, 50-55.
- Koenigs, M., & Grafman, J. (2009). Posttraumatic stress disorder: The role of medial prefrontal cortex and amygdala. *The Neuroscientist*, 15(5), 540-548.
- Komisaruk, B. R., Del Cerro, M. C. R., & Goldstein, I. (2023). Orgasm utilizes the pain pathway: Is orgasm “nonaversive pain”? *Sexual Medicine Reviews*, qead037.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., Neufeld, R. W., Gati, J. S., & Menon, R. S. (2001). Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: A functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1920-1922.

- LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73(4), 653-676.
- Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(1), 83-103.
- Mancia, M. (2003). Dream actors in the theatre of memory: Their role in the psychoanalytic process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 945-52.
- McEwen, B. (2002). Sex, stress, and the hippocampus: Allostasis, allostatic load, and the aging process. *Neurobiology of Aging*, 23(5), 921-939.
- McEwen, B. S., & Kalia, M. (2010). The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions. *Metabolism*, 59, S9-S15.
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press (Trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica* [2ª ed.]. Astrolabio, 2012).
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 229-236.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Franco Angeli Editore.
- Mitchell, J. P., Banaji, M. R., & Macrae, C. N. (2005). The link between social cognition and self-referential thought in the medial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17(8), 1306-1315.
- Mucci, C. (2013). *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Mucci, C. (2014). Trauma, healing and the reconstruction of truth. *The American Journal of Psychoanalysis*, 74(1), 31-47.
- Mucci, C. (2020). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Mucci, C. (2024). *Psicoanalisi come testimonianza. Il trauma da Freud a Ferenczi ai contemporanei*. Luigi Guerriero Editore.
- O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2016). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351-367.
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503-513.
- Prela, A. (2024). Il mondo dell'isteria. *Ricerca Psicoanalitica*, 2, 535-552.
- Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 47(9), 769-776.
- Schore, A. N. (2019). *Psicoterapia con l'emisfero destro* (C. Mucci & A. Greco, Trans.). Raffaello Cortina Editore (Original work published in 2019).
- Schore, A. N. (2023). *Il sé implicito basato sull'emisfero destro: Un meccanismo centrale del processo di cambiamento in psicoterapia*. In C. Mucci (Ed.), *Psicoanalisi come testimonianza. Il trauma da Freud a Ferenczi ai contemporanei* (pp. xx-xx). Luigi Guerriero Editore.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252-2259.
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina Editore.

- Westerlund, E. (1992). *Women's sexuality after childhood incest* (pp. xii, 241). W.W. Norton & Co.
- Williams, L. M., Kemp, A. H., Felmingham, K., Barton, M., Olivieri, G., Peduto, A., Gordon, E., & Bryant, R. A. (2006). Trauma modulates amygdala and medial prefrontal responses to consciously attended fear. *NeuroImage*, 29(2), 347-357.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ulteriori informazioni: la versione originale di questo lavoro è stata presentata all'IFPS Forum il 26 ottobre 2024 a Bergamo, Italia.

Ricevuto: 1 maggio 2025.

Accettato: 27 maggio 2025.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2025; XXXVI(s1):1039

doi:10.4081/rp.2025.1039

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.