

SESSUALITA'

Da Freud ad oggi

*Nell'epoca freudiana era in particolare l'istanza superegoica a far breccia nella morale,
oggi è più l'istanza legata all'idealità che si impone al desiderio*

Dott. Gianmarco Pulcini
Università degli studi G. D'Annunzio

L'attraversamento di mondi altri è desiderato, ricercato, quasi imposto da una cultura che pare spingere verso l'indifferenziazione. Ciò rappresenta al contempo una risorsa ed un limite.

Il soggetto può oggi fortunatamente consentirsi di essere eccentrico, nomade, finanche cyborg. Questo non fa problema; ciò che pone in essere un rischio è probabilmente la sfera della relazionalità oggettuale: come l'Altro è simbolizzato? Quale funzione gli è affidata?

Come stare con l'Altro?

Normalità???

Per quanto la normalità sia un concetto evanescente ed illusorio, l'anormalità acquista sempre più concretezza, alimentando tra gli individui i giudizi, pre – giudizi, stereotipi e false credenze

Nei secoli il concetto di normalità ha visto numerosi cambiamenti, è la cultura di un popolo a definire a pieno titolo il vero significato del concetto di normalità, la normalità è un concetto sociale ma non solo:

1. Normalità statistica: rivela la caratteristica media del campione studiato, ma non sempre veritiera specie nel campo della sessualità (secondo l'Istat il 21% della popolazione italiana ha deciso di non definire il proprio orientamento sessuale)
2. Normalità biologico/medica, la quale si contrappone al concetto di patologia e non di anormalità e così di disfunzioni e non di anormalità o «impotenza»
3. Normalità giuridica, strettamente correlata a quella di trasgressione, cioè un individuo che devia dalla norma, un perverso! Ma va ricordato che non tutte le perversioni/trasgressioni incorrono in possibili sanzioni, poiché non lesive a sé e all'Altro

- Il contesto sociale ha l'obbligo di indirizzare al meglio i concetti base della «normalità», educando a riconoscere i giusti parametri di confronto, filtrando in modo esaustivo le tematiche della sessualità e inducendo gli stessi individui al superamento dell'ignoranza.
- Qualificare il concetto di «normalità» non significa permettere il superamento dello stereotipo e dell'ignoranza socio – culturali. Ad oggi parlare di sessualità e di comportamento sessuale atipico significa fare i conti con l'utilizzo improprio dei termini come «deviante» e «perverso»

Facciamo un po' di ordine

- **Sesso biologico:** qualità biologica di essere maschio o femmina, ha a che fare con i genitali esterni. E' il «**sesso assegnato alla nascita**»
- **Intersessualità:** condizione dove si presentano ambiguità genitali o alterazioni cromosomiche, incidenza di 1 su 20.000 (ermafroditismo)
- **Genere:** essere donna o uomo, ragazzo o ragazza. Il genere è una costruzione sociale ed è distinto dal sesso, che è uno stato biologico di mascolinità e femminilità. Genere carattere acquisito e non innato
- **Espressione di genere:** modalità di esprimere a noi stessi e al mondo che ci circonda la nostra identità di uomo, donna, entrambi o nessuno dei due, tramite vestiti, capelli, postura ed attività. Non va confusa né con l'orientamento sessuale né con l'identità di genere
- **Identità di genere:** autopercezione di sé come uomo o donna, ragazzo o ragazza, essa riflette la sensazione interiore di chi siamo, come ci comprendiamo, come pensiamo a noi stessi come uomini, donne, gender – variant, gender fluid o gender diverse, modalità più fluide e complesse di esperienza di sé stessi
- **Orientamento sessuale:** riguarda l'attrazione fisica ed emotiva verso altre persone:
 - a) **Eterosessuale:** chi prova pulsioni e piacere nel rapporto sentimentale e sessuale verso persone appartenenti all'altro sesso (anche nei transessuali verso il sesso di partenza)
 - b) **Omosessuale:** chi prova pulsioni e piacere nel rapporto sentimentale e sessuale verso persone appartenenti allo stesso sesso

- **Cisgender:** persona in cui l'identità di genere risulta allineata con il sesso biologico
- **Transessuale:** persona in cui l'identità di genere differisce dal sesso assegnato alla nascita; profondamente infelice nel genere originariamente assegnato e così attua o spera di attuare cambiamenti nel proprio corpo per essere il più possibile uguale al sesso opposto, al suo genere (conformazione corporea, gestualità e vestire) ... abbreviazione Trans ... uso volgare e di scarsa vicinanza!
- **Transgender:** è un termine ombrello, tutte le persone che non si identificano nella classica divisione binaria dei sessi, persona che transita variabilmente da un genere all'altro, può presentare caratteri propri di entrambi i generi o che pur adottando un'identità di genere opposta a quella di nascita non ritiene necessaria per sé la riconversione chirurgica, ma un riconoscimento anagrafico
- **Queer:** strano, bizzarro, eccentrico. È ovviamente uno stereotipo che può più o meno essere ben visto. In passato veniva usato in termine dispregiativo, ora invece oggetto di riappropriazione ed orgoglio e rivendicazione politica. Esso può essere usato come termine ombrello e così riferirsi ad orientamento sessuale, identità o espressione di genere o a tutte queste dimensioni
- **FtM:** transizione dal genere femminile a quello maschile
- **MtF:** transizione dal genere maschile a quello femminile

- **Travestitismo:** chi prova pulsioni e piaceri nel vestirsi con abiti adeguati all'altro genere, indipendente dal tipo di orientamento sessuale o dalla intenzione del transitare da un sesso all'altro
- **Drag Queen:** regina «rimarcata». Fenomeno a cavallo tra transgenderismo e travestitismo, abbigliamento e atteggiamenti stravaganti , persone di entrambi i sessi che travalicano i margini dei generi
- **Coming – out:** esordio, debutto! L'azione con cui una persona attratta da altre dello stesso sesso, o transessuale, si dichiara alle altre persone (familiari, colleghi etc ...) che non sono al corrente della sua omosessualità o bisessualità o transessualità. Diventato sinonimo anche di consapevolezza rispetto alle proprie pulsioni! Abbreviazione del termine “coming-out of the closet (uscire dal ripostiglio)
- **Outing:** esposizione! Erroneamente confuso con coming – out, è l'azione co cui chi è al corrente della segreta omosessualità/bisessualità/transessualità di una persona la «denuncia» pubblicamente esponendo, appunto, un lato intimo! Atteggiamento diffamatorio, teso a discriminare, non per vicinanza

E nello specifico per la psicoanalisi

Identità di genere

- Nell'individuo non si riscontrano mai mascolinità e femminilità allo stato puro ma piuttosto una mescolanza di entrambi i caratteri
- Femminilità, concetto che secondo Freud entrambi i sessi rifiutano, il maschio sempre in maniera egosintonica, la femmina solo inizialmente (dopo la fase fallica le cose cambiano!)
- Clara Thompson rivisita ciò e conclude che le differenze tra generi sono culturali e i ruoli di genere sono un'assegnazione di significati sociali alle differenze biologiche, il desiderio di avere il pene è la richiesta in forma simbolica di uguaglianza sociale agli uomini
- Per Stoller l'identità di genere nucleare preesiste alla scoperta della differenza sessuale, il bambino ne è consapevole già dalla sua anatomia e cromosomi, infatti i genitori non hanno dubbi sul genere dei figli, poi l'identità di genere si consolida attraverso i processi di identificazione e disidentificazione

In sintesi

- La psicoanalisi contemporanea condivide un concetto di genere come dimensione relativamente fluida e non lineare, esaltano il tema della differenza e della variabilità individuale.
- Il genere è una categoria organizzatrice, l'individuo potrà assumere nella sua vita posizioni maschili e femminili
- L'identità di genere è da riferirsi alla pluralità delle posizioni evolutive e non ad una unilinearità dello sviluppo (identificazioni multiple)
- Per gli autori la differenza sessuale deve anche includere la comunanza, integrazione dei generi, integrare ed esprimere gli aspetti maschili e femminili senza che questo comporti confusione riguardo alla propria identità di genere
- Decostruire le dicotomie di genere, bensì pensarle in termini transizionali, in una tensione creativa
- Identità di genere ottimale: gioco continuo di identificazioni e disidentificazioni

In conclusione

Jessica Benjamin: il genere non può e non deve essere eliminato ma insieme ad una certezza riguardo alla propria identità di genere, gli individui idealmente dovrebbero integrare ed esprimere gli aspetti sia maschili sia femminili della personalità (come sono definiti dalla loro cultura!)

I comportamenti di genere atipici nell'infanzia non sono necessariamente indicatori precoci di un'attrazione omosessuale o di un'identità transgender; molti bambini che manifestano comportamenti atipici o di genere non conforme, una volta divenuti adulti, non si identificano come transgender

Inoltre

- La sessualità infantile inizia come sessualità autoerotica, cioè non riferita ad un oggetto esterno, il piacere della suzione non è riferita al seno, bensì alla suzione stessa, il piacere si ottiene dal proprio corpo
- Ciò vuol dire che all'inizio della vita sessuale si può ottenere piacere senza ricorrere a un oggetto esterno, e ciò significa affermare che non esiste alcuna via *preformata* che orienti il soggetto verso un oggetto *determinato*
- Come più volte detto, solo nella pubertà si accede alla genitalità e solo in questo momento la struttura del soggetto si colloca all'interno dei moduli della mascolinità e della femminilità (alla fine del quinto anno si raggiunge una *approssimazione* della sessualità infantile)
- Fin dal principio, Freud ha riconosciuto che mascolinità e femminilità non sono specifiche dell'inizio dello sviluppo del soggetto ma punti di arrivo, termini ideali di questo sviluppo

- Freud non si riferisce alla strutturazione di uomini e donne, ma alla costruzione della femminilità e della mascolinità, affermando che tutti gli esseri umani, in virtù della loro disposizione bisessuale e della trasmissione ereditaria incrociata, combinano in sé caratteristiche femminili e maschili, per cui la virilità e la femminilità pure rimangono costruzioni teoriche dal contenuto incerto
- ... Freud afferma che la bambina è meno aggressiva e caparbia, più dipendente e docile, più bisognosa di tenerezza, più intelligente e vivace e che la libidinizzazione dei suoi oggetti è più intensa. Però non trascurava di osservare che queste differenze non sono molto importanti dato che possono essere limitate da variazioni individuali ... anche sul pudore che sembrerebbe essere una qualità squisitamente femminile, Freud sostiene che è più convenzionale di quanto non si pensi

Breve excursus storico sull'omosessualità

- La situazione inizia a depatologizzarsi dalla metà del xx secolo grazie anche ad Alfred Kinsey ed Evelyn Hooker
- A Kinsey si deve la rivoluzione sulla concezione della sessualità umana facendo emergere la molteplicità e le sfumature degli orientamenti sessuali (scala kinsey, 6 livelli dall'esclusivamente etero ad esclusivamente omosessuale)
- A Hooker una ricerca grazie alla quale si è verificato che non vi sono differenze patologiche tra omosessuali ed eterosessuali
- **Le rivolte di Stonewall del 1969 a New York**, iniziano il moderno movimento per i diritti dei gay
- In seguito a Stonewall la «Psichiatria» viene identificata come il nemico
- 1970/71: Gli attivisti gay hanno perturbato le riunioni dell'APA
- 1971: il primo simposio scientifico dell'APA con gay «non- pazienti»

- 1973: L'APA vota la cancellazione (decisione presa precedentemente ma contestata) dell'omosessualità dal DSM tramite referendum (fatto insolito e foriero di critiche poiché le diagnosi non potrebbero essere cancellate tramite un voto)
- Solo nel 1990 venne totalmente eliminata dal Manuale, in quanto né omosessualità ego – sintonica né ego – distonica erano patologiche
- 1991, l'American Psychoanalytic Association dichiara di deplorare le discriminazioni verso le persone omosessuali e invita gli istituti a selezionare i candidati in base alle loro qualità e capacità e non al loro orientamento sessuale

- Richard Isay, è importante affermare che l'omosessualità, come l'eterosessualità, è il risultato dell'incontro tra assetti biologici e sviluppi evolutivi. Essere omosessuali, per Isay, è un fatto costituzionale; Diventare gay o lesbica è un percorso psicologico in cui le relazioni e il contesto giocano un ruolo fondamentale
- Molti terapeuti, come è giusto che sia, si occupano più del come del perché
- Detto ciò appunto l'ipotesi genetica (la ricerca sul gene gay) non dovrebbe sorprenderci più di tanto, ogni condizione umana prevede un complesso intreccio biopsicosociale
- Ma allo stesso tempo Hamer (suo uno degli studi più noti sulla genetica dell'omosessuale) afferma che ogni orientamento sessuale è talmente complesso che nessun fattore può esserne completamente responsabile

Omofobia in psicoanalisi

- Freud assumeva una posizione articolata ma di fatto ambivalente rispetto all'omosessualità, ma ne riconosceva la presenza inconscia in tutti gli individui, riteneva non praticabile la «conversione» degli omosessuali e considerava la scelta d'oggetto eterosessuale un fenomeno altrettanto enigmatico di quella omosessuale, fino a concludere che «l'indagine psicoanalitica si rifiuta con grande energia di separare gli omosessuali come un gruppo di specie particolare dalle altre persone»

In sintesi

1. Aspetto regressivo dell'omosessualità, arresto inibizione dello sviluppo psicosessuale, identificazioni patologiche con i genitori edipici (condizione che va curata!)
2. Omosessualità, costellazione sintomatologica caratterizzata da aggressività, narcisismo e relazioni di dominio sugli oggetti, difesa da angosce primitive. Per Kernberg (che si discosta) omosessualità differente da perversione, poiché c'è integrazione nella stessa relazione oggettuale di impulsi genitali ed affettivi
3. Poca importanza alla sua origine, ma alla qualità e alle dinamiche della relazione amorosa, quindi in terapia non deve esserci trasformazione/riparazione bensì interesse per le relazioni oggettuali etero o omo che siano. La sessualità ha un ruolo strutturante e fondamentale per lo sviluppo del Sé
4. Non l'omosessualità, bensì le omosessualità sono esiti naturali dello sviluppo sessuale umano, il compenetrarsi è la rappresentazione dei desideri, conflitti, quindi del relazionarsi

E sulle terapie riparative?

- Vari movimenti ed associazioni hanno lottato e proposto terapie che curassero tale presunta patologia e solo nel 2010 il mondo accademico e non solo si è mosso contro tutto ciò, infatti il presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli psicologi afferma che: *«l'omosessualità non è una malattia da curare, né un orientamento sessuale da modificare ed affermare il contrario è un'informazione scientificamente priva di fondamento e foriera di un pericoloso sostegno al pregiudizio sociale»*
- Inoltre i movimenti Exodus e NARTH, organizzazioni ex gay, che curavano con preghiera e psicoterapia questa «piaga», abdicano a molte delle loro convinzioni, riconoscendo che le terapie riparative, avendo fallito nel 99,9% dei casi, hanno offerto false speranze ai gay e possono essere molto dannose!

Ma cos'è l'Omofobia?

- Paura irrazionale di trovarsi in luoghi chiusi con persone omosessuali annesso a reazioni d'ansia, disgusto, avversione o intolleranza
- Ma Omofobia è un termine errato perché in una fobia vi è la consapevolezza che la paura sia eccessiva e così la volontà di liberarsene, quindi termine impreciso perché qui vi è una portata aggressiva con propensione a convertirsi in violenza, la reazione avuta secondo l'omofobo è normale e giustificata inoltre l'omofobia non compromette necessariamente il funzionamento sociale del soggetto ed infine non vi è disagio con la propria fobia e quindi non vi è il bisogno di liberarsene
- Quindi fobia atipica, ma termine che ha delle utilità e rappresentabilità sociali

- Omosessualità non più patologica, quindi interesse si è spostato più su comportamenti ed atteggiamenti pregiudiziali nei confronti di persone omosessuali
- Omofobia: 1) *personale* (pregiudizi individuali), 2) *interpersonale* (quando diventano agiti), 3) *istituzionale* (politiche discriminatorie), 4) *sociale* (comuni stereotipi)
- Cause dell'omofobia: stili cognitivi che riflettono il bisogno di mantenere una rappresentazione stabile ed immutabile dell'ordine sessuale e sociale
- La paura oggi è cambiata, in passato era la devianza a creare scandalo e spaventare, oggi no, è la possibilità di una «normalità» omosessuale, attraverso una realizzazione affettiva e familiare (spaventa che «queste persone vogliano appartenere al tessuto sociale»)

Omofobia interiorizzata

- Sentimenti ed atteggiamenti negativi (dal disagio al disprezzo) che una persona può provare (più o meno consapevole) nei confronti della PROPRIA ed ALTRUI omosessualità
- “ ... inizia con la sensazione di essere diversi, di una diversità sbagliata e da tenere segreta ... l'omofobia in un omosessuale è qualcosa che in modo radicale e profondo dà forma alla tua identità e all'idea che hai di te stesso”
- Scarsa accettazione e stima di sé, fino ad odio e disprezzo, con sentimenti di incertezza, inferiorità e vergogna, sensazione di “non aver le carte in regola” e frequente senso di colpa o inadeguatezza nei confronti dei propri genitori e sensazione di dover fare più degli altri per farsi accettare
- IDENTIFICAZIONE CON GLI STEREOTIPI DENIGRATORI, paura o convinzione di essere malato e trasformare la propria “difformità” in “deformità”
- “... fu un discorso chiaro e preciso di me stesso a me stesso. Poiché tu sei diverso bisogna che tu sia superiore, mi dissi” (Coccioli, 1995)
- Gli adolescenti che si identificano e si rappresentano nella “minoranza sessuale” presentano una probabilità di commettere suicidio almeno due o tre volte superiore ai loro coetanei che si riconoscono eterosessuali

Il fenomeno transessuale

- La parola transessualismo è stata coniata dal sessuologo Henry Benjamin (libro *// fenomeno transessuale*), rientra come disforia dell'identità di genere, ma le persone transgender non accettano questo termine e preferiscono parlare di euforia! Perché per loro non è un disturbo, si sentono meglio col sesso desiderato.
- A livello genetico e fisico non vi sono alterazioni, loro rispettano a pieno la logica binaria del sesso e a ciò cercano di includersi, nel corpo, sesso ed identità. Desiderano intensamente di rientrare all'interno delle caselle Maschio/Femmina, ma non avendo la struttura fisica del sesso al quale si sentono appartenere devono rifarsi a degli stereotipi (nel caso delle MtF, essere più donne delle donne!)

Ancora sul transessualismo

- Le trasformazioni corporee della pubertà sono un importante banco di prova, relativamente al destino dell'identità di genere del soggetto e da lì può nascere la volontà di riassegnazione chirurgica delle persone transessuali, transizione sociale, dal genere assegnato alla nascita al genere desiderato
- E ciò come intuito non include sempre l'intervento chirurgico di assegnazione del sesso desiderato (in cui l'anatomia viene modificata per consentire alle persone transessuali di vivere a pieno titolo nel genere e nel corpo sentiti come propri)
- Durante il percorso di assegnazione del sesso desiderato è necessario un sostegno psicologico, che viene messo come obbligatorio nell'iter , essendo i rischi ed i cambiamenti molto importanti (aspettative magiche legate all'intervento, ma anche ansia, depressione e angoscia per l'isolamento sociale e quindi vissuto traumatico)

Alcuni numeri

- Un recente studio olandese (Kuyper, 2012) condotto sulla popolazione generale ha mostrato come il 4,6% dei maschi e il 3,2% delle femmine, esperissero una ambivalenza relativa alla propria identità di genere e che l'1% dei maschi e lo 0,8% delle femmine riportassero sentimenti di incongruenza di genere
- Non sono stati finora identificati gli elementi che possano permettere di prevedere con certezza lo sviluppo dei bambini con DG: studi prospettici suggeriscono che maggioranza dei casi la disforia si scioglie nel passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza e che permane solo nel 12% - 27% circa (De Vries, Cohen-Kettenis, 2012). Nel caso in cui la DG sviluppata nell'infanzia perduri oltre la pubertà, raramente viene meno

- Dove sta la patologia?
- Quando si può dire che essa inizi?
 - Quanto è patologico?
- Come definire ciò che è patologico e cosa non lo è?
- Proviamo a passare dalla devianza alla varianza ...

Si nasce o ci si diventa?

- All'annosa domanda la scienza non ha dato risposte e forse non le darà mai. La risposta più onesta è che non possiamo dire con certezza da che cosa dipendono l'orientamento omo/etero sessuale e l'identità di genere; **non sappiamo come** le forze biologiche, la regolazione affettiva nelle relazioni primarie, le identificazioni, i fattori cognitivi, l'uso che il bambino fa della sessualità per risolvere i conflitti dello sviluppo, le pressioni culturali alla conformità e il bisogno di adattamento contribuiscano alla formazione del soggetto e alla costruzione della sua sessualità!
- Quindi ci interessa come la persona vive il proprio genere. La propria identità. Cioè com'è posizionata la persona, se è equilibrata nel suo personalissimo modo di essere al mondo! E' questo ciò di cui il clinico deve occuparsi!
- Quindi

Il database scientifico esistente non può rispondere alla domanda se questa diagnosi è puramente un «disturbo mentale» o un disturbo con altra causa fisica

Non esistono criteri scientificamente fondati per le differenziare le identità di genere

Delineare il modo in cui si sviluppa qualsiasi identità di genere rimane sconosciuto ed è una questione di speculazione teorica

Diversità di genere o disturbo mentale?

- Il Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) è stato incluso nel DSM III nel 1980
- Questo ha comportato stigma e marginalizzazione poiché eguaglia Disforia di genere a malattia mentale; da ciò si sono associati sintomi di ansia e depressione ma più collegati al Minority stress che alla Disforia di genere
- Ed allora eliminare la diagnosi? Ma dopo con gli interventi medici? Perché non inquadrarla come diagnosi medica piuttosto che psichiatrica?

Criteri per la diagnosi di Disforia di genere

- Il DSM 5 suddivide la diagnosi di disforia di genere in due sezioni separate: «Disforia di genere in Bambini»; «Disforia di genere negli Adolescenti e negli Adulti»
 1. Incongruenza tra sesso assegnato alla nascita e genere che la persona si attribuisce
 2. Dissonanza interna associata ad una «sofferenza clinicamente significativa» o compromissione in ambito sociale, scolastico o lavorativo.

Questo secondo criterio è fondamentale perché riconosce che la diagnosi di Disforia è presente solo quando la sofferenza è tale da compromettere il funzionamento adeguato della persona

Criteri specifici

Il DSM V elenca 6 possibili sintomi, con almeno 2 sintomi richiesti per fare la diagnosi di Disforia di genere; come detto precedentemente i sintomi riflettono una «marcata incongruenza» tra il sesso assegnato alla nascita ed il genere esperito, associato ad un livello di sofferenza significativa. Tutto per almeno 6 mesi

1. Marcata incongruenza tra genere esperito e caratteri sessuali primari e secondari
2. Forte desiderio di liberarsi dei caratteri che riflettono il sesso assegnato
3. Forte desiderio di possedere caratteri primari/secondari del genere esperito
4. Forte desiderio di appartenere al genere esperito
5. Forte desiderio di essere percepito e trattato come appartenente al genere esperito
6. Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipicamente associati al genere esperito

La disforia di genere può essere ad esordio precoce (nell'infanzia) o a esordio tardivo (pubertà o età adulta)

Ps. Il genere esperito non vuol dire opposto, ma qualsiasi genere

DSM IV vs DSM 5

- Nel DSM IV si parla di GID (disturbo di identità di genere) e per soddisfare tale diagnosi vi devono essere: sentimenti di disagio per il sesso di appartenenza, desiderio di possedere il corpo dell'altro sesso, desiderio di essere considerato dagli altri come un membro dell'altro sesso
- DSM 5, differente terminologia, si parla di genere e non di sesso, inoltre non più Disturbo di identità di genere, bensì Disforia di genere, definita come marcata sofferenza legata all'incongruenza tra il genere esperito/espresso ed il genere assegnato.
Altra importante differenza, la Disforia di genere non rientra più tra le disfunzioni sessuali o nelle parafilie, bensì vi è un capitolo a parte
- DSM 5, ulteriore innovazione, utilizzare la dicitura di genere assegnato (alla nascita) al posto del termine «sesso» per consentire alle persone transessuali di uscire da questa diagnosi in seguito alla riassegnazione chirurgica o cure ormonali

Inoltre

- Il DSM 5 descrive le persone transgender come un «ampio spettro di individui che si identificano in modo transitorio o persistente con un genere diverso rispetto a quello assegnato alla nascita»; citare «transitorio» suggerisce la «fluidità» dell'identità di genere cercando così di lottare contro le stigmatizzazioni e verso un'ottica depatologizzante; passo avanti decisivo rispetto alle edizioni precedenti
- Ma l'inclusione della diagnosi nel DSM 5 continua ad inquadrare la varianza di genere come una malattia psichiatrica e quindi tutte le persone che cercano trattamenti medici connessi alla transizione devono passare tramite tale diagnosi e quindi per una malattia mentale

- Il vissuto è molto complesso, la difficoltà a trovare posto nella società comporta un percorso duro e doloroso e richiede molta forza psicologica ... mobbing soprattutto per le MtF; disagio nel momento in cui la riassegnazione non è riconosciuta legalmente (es. documenti di identità)
- Legge 164, 1982 che legifera la possibilità di adeguamento delle caratteristiche sessuali, **quando ciò risulti necessario**. ... «In realtà la legge – si tratta della 164 del 1982, ai tempi una conquista storica del movimento transessuale – non prescrive esplicitamente che ci si debba operare per accedere alla modifica anagrafica, ma la sua ambiguità ha lasciato spazio a una prassi ormai consolidata, anche nelle interpretazioni dei giudici, per cui di fatto quel passaggio diventa obbligato. Finora, normalmente, la trafila è stata sempre questa: chi si riconosce come transessuale intraprende prima il percorso psicologico e ormonale, poi chiede al giudice l'autorizzazione per operare gli organi genitali, e infine avanza la domanda per il cambio del sesso e del nome.»

DSM e la Sessualità

- Nella sua prima edizione, 1952, il DSM subiva molto l'influenza delle teorizzazioni di Freud (Tre saggi sulla teoria sessuale) e così i comportamenti sessuali non conformi alle regole sociali venivano etichettati come «deviazioni sessuali»; il comportamento perverso era inquadrato all'interno della nosografia «Disturbi di personalità Sociopatica»
- Nella seconda edizione del DSM, 1968, i fermenti della rivoluzione sessuale, il bisogno di ribellione e affermazione di certi diritti hanno promosso delle piccole modifiche, apparentemente importanti, ma non ancora così essenziali da garantire una visione meno giudicante dei comportamenti sessuali atipici; infatti l'omosessualità era ancora inclusa al suo interno, si parlava di «deviazione sessuale» enfatizzando l'aspetto giudicante e perverso di certi comportamenti. La categoria «Deviazione sessuale» descriveva tutti quegli individui che avevano interesse sessuale diretto verso «oggetti altri» rispetto a persone del sesso opposto, verso «atti sessuali» solitamente non associati al coito, ovvero direzionati ad attività sessuali di tipo bizzarro

- Nella terza edizione del DSM, 1980, per la prima volta viene definito il concetto di Disturbo Psicosexuale, evidenziando l'importante componente bio – psico – sociale delle disfunzioni sessuali. All'interno di questa area viene inquadrato il tema della sessualità atipica in una categoria meno invalidante e giudicante come le «Parafilie», intese come un inusuale o bizzarro immaginario o atto necessari ad attivare l'eccitazione sessuale, dove i comportamenti sono caratterizzati da:
 1. Una preferenza per l'utilizzo a scopo eccitatorio di oggetti non umani
 2. Ripetuta attività sessuale che coinvolge altri esseri umani anche in simulazioni di sofferenza e umiliazione
 3. Ripetuta attività sessuale con partner non consenzienti
- L'omosessualità non più come Disturbo parafilico, ma rimane nella sua versione egodistonica

- Nel DSM IV le parafilie rimarranno invariate e seguiranno i seguenti criteri diagnostici:
- Criterio A: l'individuo mette in atto una serie di fantasie e comportamenti per attivare l'eccitazione erotico – sessuale; per almeno sei mesi. Questi possono riguardare:
 1. Oggetti inanimati (feticismo e feticismo da travestimento)
 2. Sofferenza o umiliazione del partner o di sé stessi (sadismo e masochismo sessuale)
 3. Bambini o altre persone non consenzienti (pedofilia, voyeurismo, esibizionismo e frotteurismo)
- Criterio B: l'individuo vive i comportamenti, le fantasie e i desideri sessuali atipici con particolare disagio e stress significativo in differenti aree importanti del funzionamento (sociale, lavorativa, relazionale)

- Nel DSM 5 le parafilie vengono inquadrare in un capitolo a sé stante e si sottolinea l'importanza di differenziare il semplice **Comportamento** parafilico da quello più articolato di **Disturbo** parafilico
- Viene definita **Parafilia** un comportamento che prevede un **intenso e persistente** interesse sessuale «diverso dall'interesse sessuale per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con partner umani fenotipicamente normali, fisicamente maturi e consenzienti». La parafilia può essere intesa come interesse sessuale maggiore o uguale a eventuali interessi sessuali definiti «normofilici»
- Il **Disturbo Parafilico** è una Parafilia, ma il soggetto oltre ad avere un intenso e persistente interesse sessuale per particolari attività erotico – sessuali, vive l'esperienza e i vissuti parafilici con disagio, tanto da arrecare danni a se stesso e agli altri. «Una parafilia è una condizione necessaria ma non sufficiente per avere un disturbo parafilico; una parafilia di per sé non giustifica o richiede necessariamente l'intervento clinico». Il soggetto con Disturbo Parafilico deve pertanto soddisfare sia il criterio A che B

- I Disturbi Parafilici vengono così racchiusi all'interno di 2 differenti gruppi

Predilezione per attività inconsuete

Tutti quei disturbi che rappresentano un particolare scostamento dalle **FASI DEL CORTEGGIAMENTO**, come il Disturbo Frotteuristico, Voyeuristico, Esibizionistico, ma anche quei **Disturbi ALGOLAGNICI**, che implicano dolore e sofferenza, come il Disturbo da Masochismo e Sadismo Sessuale

Predilezione per l'Atipicità dell'oggetto sessuale

L'interesse e l'attenzione sono rivolti verso **altri esseri umani**, come nel caso di Disturbo Pedofilico, ma anche dove il soggetto sperimenta un'attenzione intensa e persistente rivolta **altrove**, come il Disturbo Feticistico e Disturbo da Travestitismo

Inoltre abbiamo

- Disturbi Parafilici con Altra Specificazione, con ***ricorrente*** ed ***intensa*** eccitazione sessuale verso comportamenti sessuali atipici per almeno 6 mesi, con stress e disagi in diverse aree del funzionamento: Scatologia telefonica, necrofilia, zoofilia, coprofilia, clismafilia, urofilia
- Disturbi Parafilici non specifici: comportamenti sessuali atipici ma che non rientrano pienamente nei criteri di Disturbi Parafilici classici

Disturbo parafilico e sue interpretazioni

In psicoanalisi l'uso del termine «perverso» continua ancora oggi ad avere particolare fascino ed importanza; tutti i teorici di riferimento, da Freud col suo modello pulsionale a Kohut con la psicologia del Sé, fino a Mitchell e la sua proposta di un modello integrato basata sugli orientamenti relazionali, sottolineano l'importanza del vocabolo «perversione»

Punto di vista classico

- Nei *Tre saggi* sulla teoria sessuale Freud introduce il tema delle perversioni sessuali promuovendo una teoria delle pulsioni associata alla sessualità infantile. La ricerca del piacere tipica della libido è presente sin dalla nascita e l'energia libidica che anima sia il bambino che l'adulto cambia essenzialmente soltanto in relazione all'oggetto di attrazione libidica, la libido è la stessa
- Per Freud la sessualità infantile è di tipo pre – genitale, il piacere ricercato ed ottenuto dal bambino, parziale o totale, è associato a determinate zone e funzioni del corpo, diverse zone erogene che attivano e definiscono la gratificazione della libido
- Per Freud le cause della nevrosi trovano una giustificazione non all'interno di possibili traumi subiti e mai risolti, bensì all'interno dei desideri e delle attività relativi alla pulsione sessuale, collegando a ciò i concetti di fissazione e regressione
- Col termine fissazione si inizia a far riferimento al concetto di perversione sessuale, in quanto le aberrazioni devono necessariamente avere a che fare con arresti delle fasi di sviluppo, il bambino invece di integrare e procedere al superamento della fase, vi resta incastrato indirizzandovi l'energia libidica

- Il bambino viene inquadrato da Freud come perverso – polimorfo giacché la sua sessualità non solo trae piacere dalla stimolazione di differenti parti erogene del corpo, ma neppure è necessariamente finalizzata alla procreazione
- Il bambino che indirizzerà la propria libido in una delle tre fasi dello sviluppo evolutivo, fissando il proprio piacere libidico o regredendo alla fase precedente acquista la possibilità di apprendere dall'esperienza un aspetto «deviato» del comportamento sessuale; «deviazione» che si manifesterà in età post – puberale/adolescenziale col comportamento sessuale di tipo perverso
- Nella perversione vi è una fuga dalla nevrosi, dunque dal complesso edipico e dall'angoscia di castrazione, che consentirà all'impulso di essere pienamente soddisfatto, fissandosi
- Due aree di perversione
 1. Deviazione rispetto all'oggetto sessuale
 2. Deviazione rispetto alla meta sessuale, il coito e la procreazione

Freud però nonostante ciò riconosce al comportamento sessuale deviante una sua complessità, definendolo «pluristratificato»

Il punto di vista contemporaneo

- Con Kohut e Winnicott in maniera diversa si abbandona e supera il concetto di pulsione, come concetto descrittivo
- Vi è il passaggio dall'aspetto prettamente pulsionale, inteso come espressione del piacere «genitale» a quello di piacere associato all'interazione con un altro individuo, ciò consente di comprendere molti più elementi della sessualità, inclusi i comportamenti di tipo deviante
- Nella prospettiva psicodinamica di tipo relazionale le perversioni, acquistano significato solo se associate alla vasta gamma degli schemi relazionali interiorizzati (la gratificazione «sadica» è associata alla «resa masochistica»)

- La sessualità di tipo deviante e parafilico può quindi essere interpretata non tanto come un fenomeno che minimizza l'importanza dell'oggetto Sé, quanto come un fenomeno che riflette differenti tipologie di legami oggettuali
- Per Mitchell la sessualità perversa può essere considerata l'espressione di un'interiorizzazione degli schemi relazionali appresi durante l'infanzia, ma anche una fuga dalla stessa relazionalità di tipo oggettuale. Il bambino che ha difficoltà ad integrare gli oggetti Sé non riuscirà a definire a livello intrapsichico gli script necessari a favorire una risposta erotico – sessuale sana e funzionale e così il bambino fuggirà da una relazione oggettuale, costantemente minacciato dall'altro, da una fusionalità o da un inglobamento di oggetti interni o esterni. In questo caso l'espressione sessuale di tipo parafilico sembra essere l'unica via di fuga in cui il bambino possa imparare ad affermare la propria indipendenza

- Per la McDougall l'espressione parafilica è un estremo tentativo di mantenere una relazione intima con l'Altro, una relazione «particolare» con l'Altro, ma pur sempre una relazione; per lei la perversione è una completa indifferenza dell'individuo ai bisogni e desideri dell'Altro. Tentativo di depatologizzazione delle parafilie promuovendo il termine di Neosessualità, creazione di nuove forme psichiche particolari, anche se devianti, che hanno però uno scopo prettamente difensivo
- Si parla di necessità nel Disturbo Parafilico e quindi dell'azione parafilica; per la McDougall tale azione è un'importante soluzione di tipo narcisistico, dove è chiaro un bisogno di riparazione di un sé danneggiato, ma anche l'illusione di esercitare un particolare controllo sull'oggetto desiderato
- Per Goldberg la scissione dell'Io, sia orizzontale freudiana che verticale Kohutiana, è a caratterizzare il rinnegamento della realtà nei disturbi parafilici
- Infine per la Kaplan le perversioni vanno calate nella società e negli stereotipi di riferimento, dove desideri proibizioni perversioni si mescolano al genere di riferimento, espressione e coagulo della società in cui si è immersi

... ricordiamo che ...

I Disturbi Parafilici vengono così racchiusi all'interno di 2 differenti gruppi

Predilezione per attività inconsuete

Tutti quei disturbi che rappresentano un particolare scostamento dalle **FASI DEL CORTEGGIAMENTO**, come il Disturbo Frotteuristico, Voyeuristico, Esibizionistico, ma anche quei **Disturbi ALGOLAGNICI**, che implicano dolore e sofferenza, come il Disturbo da Masochismo e Sadismo Sessuale

Predilezione per l'Atipicità dell'oggetto sessuale

L'interesse e l'attenzione sono rivolti verso **altri esseri umani**, come nel caso di Disturbo Pedofilico, ma anche dove il soggetto sperimenta un'attenzione intensa e persistente rivolta **altrove**, come il Disturbo Feticistico e Disturbo da Travestitismo

Questi schemi di classificazione non vogliono incasellare né etichettare alcun comportamento sessuale, bensì permettere di organizzare in modo chiaro e preciso tutte quelle caratteristiche del comportamento/disturbo parafilico tipiche di un'attività inusuale e che può rappresentarsi come forma eccitatoria di dolore e sofferenza

Disturbo Frotteuristico

- Il termine deriva dal francese «frotter» «strofinare», non di esclusiva connotazione sessuale. Con questo termine si fa riferimento allo sfregare, strofinare, premere parti del corpo su qualcosa o su parti del corpo di un altro individuo, prevalentemente sconosciuta ed ignara dell'accadimento avvenuto o in procinto di accadere, ottenendone eccitazione sessuale
- Il luogo è prevalentemente un posto pubblico, zone affollate dove si può agire in tutta libertà, ciò permette all'individuo di mimetizzarsi tra la folla ed allo stesso tempo concede al frotteur la possibilità di avvicinare quante più persone vuole, sconosciute ed ignare di tutto ciò
- Fenomeno sessuale estremamente diffuso a prescindere dalle culture e dai periodi storici di riferimento, con netta prevalenza del genere maschile nel ruolo di frotteur e femminile, giovane donna adulta, come scelta della vittima
- Età di insorgenza tra i 15 ed i 25 anni, poi graduale declino della frequenza

- Per una diagnosi di Frotteurismo si ha bisogno di importanti fantasie e comportamenti che coinvolgono il toccare e lo sfregare il proprio corpo sul corpo delle persone non consenzienti per un periodo di almeno 6 mesi (criterio A); inoltre l'individuo è condizionato psicologicamente dall'eventuale stress causato da tali comportamenti e fantasie (criterio B)
- Per il frotteur è il contatto in sé a procurare eccitazione sessuale, quindi sono da escludersi violenze ed abusi sessuali, inoltre non deve esserci alcun coinvolgimento con la vittima e nessun atto, agito sessuale. Il frotteur vive l'aspetto del contatto come forma eccitatoria e dello stesso contatto ha paura. Altrimenti si parlerebbe di Sex Offender
- Caso pag. 60 – 61 – 62

Possibili spiegazioni e trattamenti

- Angoscia di castrazione (ipotesi psicoanalitica classica sulle perversioni), con relativa debolezza dell'io
- Ipotesi dell'incompetenza sociale, impossibilità di intraprendere una relazione «sana» con un partner, di entrare in con/tatto con un'altra persona; possibile mancanza di empatia di base
- Ipotesi di una certa impulsività sessuale, con inabilityà a controllare tali impulsi
- Sono questi gli aspetti su cui si andrà maggiormente ad agire attraverso la terapia di individuale ma principalmente di gruppo perché l'interazione con i pari può aumentare l'efficacia terapeutica considerando il gruppo stesso nei confronti dei rifiuti e dei distanziamenti, come pure dell'accoglienza e del supporto. In ogni caso ciascun trattamento ha l'obiettivo di aiutare i pazienti a ottenere e mantenere il controllo dei propri impulsi

Disturbo Esibizionistico

- Nell'immaginario collettivo l'esibizionista è rappresentato dal classico uomo adulto apparentemente abbigliato (in genere coperto da un impermeabile) che all'improvviso svela agli sconosciuti la nudità sottostante. Questa descrizione può essere a volte veritiera, ma l'Esibizione in realtà può essere più subdola e complessa
- Si presenta in età adolescenziale in un range tra i 15 e 20 anni; a volte tra i banchi di scuola o sempre più su internet. Solitamente associati al sesso maschile ultimamente sta aumentando l'Esibizionismo femminile, su un campione di 1171 donne svedesi il 30% ha risposto positivamente alla domanda «Avete mai esibito i vostri genitali a persone estranee ricevendo eccitazione sessuale da tale comportamento?»
- Solitamente le vittime di tali atti sono giovani donne e bambini, perché imputa a loro una fragilità emotiva

Nello specifico

- Per il DSM V si può fare diagnosi di parafilia di tipo esibizionistico solo se, per un periodo di almeno 6 mesi, si hanno i seguenti criteri:
 - A) Comportamenti, fantasie e desideri sessuali ricorrenti riferiti all'esibizione dei propri genitali nei confronti di una persona non consenziente
 - B) Il desiderio, le possibili fantasie ed i comportamenti esibizionistici tendono a procurare all'individuo un disagio clinicamente significativo, compromettendo il funzionamento in diverse aree sociali e private
- Leggi pag. 79
- Da dati epidemiologici si evince che questi soggetti in età evolutiva abbiano subito meno abusi sessuali e più disagi emotivi e situazioni disfunzionali a livello familiare, questo va a sottolineare quanto il problema non stia a livello di «deviazione» dell'eccitazione sessuale quanto più nell'attrazione, eccitazione nel provocare forme di disagio nelle persone da loro coinvolte
- Infatti è sempre più evidente il superamento dell'immaginario di una persona timida, inibita e poco assertiva quando invece si hanno alti livelli di ira, ostilità, disadattamento sociale e sessuale tesi però più allo shock emotivo e situazionale della vittima che un abuso sessuale come nel caso del sex offender

Trattamento

1. *Terapie individuali e di gruppo*

Ridurre la minimizzazione, grazie al confronto con l'altro diverso da Sé. I pazienti devono impegnarsi in un processo di riabilitazione dell'empatia, in quanto la loro difficoltà è associata alle relazioni e all'intimità; quindi si inizierà cercando di innalzare la propria autostima anche combattendo l'immagine di sé come cattiva e tutte le distorsioni cognitive, infatti il lavoro principale verterà però sull'empatia e sulla risposta emozionale altrui poiché la negazione del danno arrecato impedisce all'aggressore lo sviluppo del processo empatico

2. *Approcci cognitivo – comportamentali*

Supportare colui/colei che commette atti esibizionistici attraverso la ridefinizione cognitiva della propria idea eccitatoria e sessuale promuovendo una sana e funzionale rappresentazione di Sé, del proprio corpo e delle capacità relazionali

3. *Approcci comportamentali*

Tecniche di desensibilizzazione dell'atto esibizionistico, attraverso l'utilizzo di ammoniaca non appena si rilevino aspetti assai eccitanti

4. *Approcci biologico – medico*

Trattamenti di tipo ormonale (antiandrogeno) o inibitori della ricaptazione della Serotonina

Disturbo Voyeuristico

- Probabilmente un certo interesse a sbirciare nella vita altrui è presente in tutto il genere umano, cercare di rubare momenti legati all'intimità altrui può rappresentare una particolare curiosità in alcuni, fino a diventare una forte ossessione in altri
- Infatti come ci posizioniamo nei confronti delle nuove tecnologie? Di internet? Il «Grande Fratello» può essere un esempio rappresentativo dove i concorrenti si mettono in mostra in tutte le attività della vita quotidiana, senza esclusione dei momenti intimi e delicati come lavarsi, l'andare in bagno o vivere atteggiamenti erotico – sessuali; ciò che è emblematico però è che lo share andava aumentando in special modo nei momenti più hot del programma, con picchi evidenti
- Siamo un po' tutti Voyeuristi?

Nello specifico

- Il Voyeurismo come Disturbo Parafilico è rappresentato dall'atto di osservare individui, che non se lo aspettano, mentre sono nudi, si stanno spogliando o sono impegnati in attività erotico – sessuali. Di solito il voyeur cerca di appostarsi in modo discreto, stando molto attento a non farsi vedere dalla «vittima», la quale ignara, proseguirà nelle proprie azioni intime
- L'atto di guardare furtivamente, saccheggiando atti privati degli altri ha lo scopo di ottenere una forte eccitazione sessuale, che conduce ad uno stato di piacere estremo, senza però attivare necessariamente agiti di tipo sessuale, sono infatti assai rari episodi di coinvolgimento del voyeur con la persona osservata (a meno che non sia lei a volerlo e ad avvicinare il voyeur); l'attività autoerotica potrà avvenire successivamente o durante lo sbirciare ... leggere pag. 96
- L'eccitazione è associata esclusivamente al guardare un'altra persona in atteggiamento intimo – erotico e/o sessuale; a questa particolare modalità eccitatoria è associata l'eccitazione nella costruzione della scena in cui il comportamento, lo spiare, sarà messo in atto, immaginare di posizionarsi in un determinato luogo, dal quale sarà possibile rubare attimi d'intimità altrui

Inoltre per il DSM

- Per una corretta diagnosi abbiamo bisogno del
 1. Criterio A: ricorrente ed intensa eccitazione sessuale, per almeno 6 mesi, per fantasie, desideri o comportamenti sessualmente atipici (osservare una persona nuda, o che si sta spogliando, o durante un'attività erotico – sessuale)
 2. Criterio B: egodistonia per tali comportamenti e relativa compromissione in aree importanti del funzionamento relazionale, sociale e lavorativo

Inoltre

3. Criterio C: avere almeno 18 anni di età, criterio esclusivo di tale parafilia, in quanto si riconosce una discreta naturalezza all'osservazione curiosa per attività erotico – sessuali in pubertà ed adolescenza
- Si ha una prevalenza maschile, ma non esclusiva, infatti si parla di un rapporto 3:1

In terapia?

- Ad oggi i trattamenti non sono indirizzati a modificare il rispettivo comportamento, quanto a lenire lo stato d'ansia a esso associato
- Gli obiettivi sono quelli di far diminuire un comportamento di tipo compulsivo, tipico dell'agito voyeuristico, migliorando la qualità di vita dell'individuo
- Educare a una nuova modalità comportamentale nell'esperienza erotico – sessuale, dove si riconosca un piacere nell'esperienza relazionale connessa all'esperienza corporea di sé e dell'altro
- Riportare quindi il soggetto ad un piacere connesso all'altro e alla relazionalità

Disturbo da Masochismo Sessuale

- I concetti di dolore e sofferenza sono alla base di questo Disturbo, in quanto mettere in atto particolari comportamenti e azioni sgradevoli, dolorose e umilianti è espressione di totale appagamento e soddisfazione orgasmica
- Il DSM V cerca di depatologizzare tale disturbo, includendo molte di tali pratiche all'interno di atti che ripercorrono il bondage e più in generale il BDSM; però per fare diagnosi di Disturbo da Masochismo Sessuale abbiamo bisogno di:
 - A) Importante attrazione erotico – sessuale (fantasticata e/o agita) dell'individuo verso l'atto reale e non simulato (tipico del BDSM) di essere legato, umiliato, picchiato, fatto soffrire anche tramite particolari torture per un periodo di almeno 6 mesi
 - B) Egodistonicità per il criterio A riconosciuta in diverse aree del funzionamento lavorativa, sociale e relazionale

Inoltre

- Tra gli aspetti legati al BDSM e così anche al Masochismo Sessuale abbiamo:
 - L'imprigionamento
 - L'essere bendati
 - Schiaffeggiare
 - Fustigazione
 - Scosse elettriche
 - Ferite da taglio
 - Umiliazioni
- Diverse ricerche evidenziano una conferma dello stereotipo femminile, il quale vede di questo una maggiore prevalenza, ma dati più recenti parlano di una maggiore equiparazione; inoltre altre ricerche parlano di una maggiore diffusione del Masochismo nell'eterosessualità e del Sadismo nell'omosessualità
- Leggere pag. 108

Quale terapia?

- Bisogna premettere che il comportamento del masochismo sessuale rappresenta oggi una modalità tipica della sessualità definita «estrema» e non necessariamente associata al Disturbo Parafilico, quindi anche gli interventi terapeutici possono essere poco rappresentativi o comunque utili soltanto in quelle evenienze nelle quali il disagio acquista significato di «dipendenza» ed egodistonia
- A livello terapeutico si agirà molto con e sulle dinamiche transferali, in quanto paziente e terapeuta metteranno in atto dinamiche sadomasochiste, cercando di risolvere queste resistenze, ricostruendo e superando la sofferenza del paziente; aprendosi alla relazione, alle emozioni e quindi alla possibilità di un transfert positivo, di una relazione positiva
- Inoltre aiuterà il paziente a mantenere il controllo di tali pratiche avversive verso di Sé
- Il terapeuta dovrà mantenere un costante equilibrio e un interesse per il mondo della «perversione», per tutte quelle componenti definite «atipiche» portate dal paziente

Disturbo da Sadismo Sessuale

- Nella persona con Disturbo da Sadismo Sessuale il piacere è attivato infliggendo sofferenza e umiliazione e facendo provare/sperimentare dolore alla sua vittima
- Questo concetto va trattato con delicatezza e complessità, in quanto è giusto operare si nell'accoglienza ma restando nella legalità e nel rispetto di Sé e dell'Altro e degli Altri ed è così importante saper cogliere il continuum sempre più pernicioso che va dal trasgressivo, passando per la parafilia, al Disturbo parafilico terminando nel Sex offender
- Infatti partiamo nel continuum da consensualità e divertimento nel provare e procurare dolore ad un oggettivo e reale desiderio di fare del male

E per la diagnosi

- Nel sadismo sessuale si riscontra un «bisogno del dolore», il piacere sessuale appare quando l'altro diverso da Sé mostra non solo sofferenza ma anche il fatto di supplicare il proprio carnefice
- Un altro elemento importante è la questione del potere; in quanto si riscontra una particolare eccitazione e piacere erotico durante gli atti di umiliazione e di inflizione di sofferenza al partner, piacere legato a doppio nodo col potere, col potere sulla vittima, col suo controllo, come se fosse una cosa di sua proprietà
- Nel DSM V è chiara la distinzione tra comportamenti sessualmente sadici che rientrano nel BDSM e quelli relativi al Disturbo Parafilico che includono:
 - A) Eccitazione sessuale, per almeno 6 mesi, per fantasie, desideri o comportamenti derivati dalla sofferenza fisica o psicologica di un altro essere umano
 - B) Stato psicologico ed emozionale di tipo egodistonico dell'individuo il quale vive tali esperienze con disagio clinicamente significativo e con una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e familiare

In terapia?

- Un interessante approccio è quello cognitivo – comportamentale il quale lavora principalmente sulla «ristrutturazione cognitiva»; i pazienti sono invitati a dare una spiegazione logica del ruolo svolto dai processi cognitivi associati al comportamento deviante, sorretti da informazioni correttive e interventi educativi, così da individuare le loro specifiche distorsioni, che oltre ad essere messe in discussione saranno gradualmente ridefinite e corrette. Con questo approccio si mira all'incremento dell'empatia stessa, anche grazie ad un intervento di gruppo e relazionale
- Infatti attraverso l'approccio integrato, con tecniche cognitivo – comportamentali, all'interno di una terapia individuale e di gruppo, si cerca di far crescere e fortificare l'autostima, l'empatia, modalità soggettive più sane e rispettose di vivere l'intimità/solitudine e attaccamento, le fantasie e le preferenze sessuali ed inoltre la prevenzione da ricadute
- La psicoterapia risulta anche utile per integrare tutti gli aspetti positivi e propositivi della sessualità, consentendo al soggetto di sperimentare una trasgressività, il BDSM, in una maniera più costruttiva e funzionale, affrontando e superando sensi di colpa ad essa associata

Linee guida per la consulenza psicologica su tematiche di varianza

Dati su cui riflettere prima di procedere

- Dati preliminari tratti da una ricerca sugli atteggiamenti degli psicologi appartenenti a Ordini professionali di varie Regioni italiane mostrano che:
 - Il 25% dei partecipanti non condivide l'affermazione «L'omosessualità è una variante normale della sessualità»
 - Quasi il 50% del campione ritiene che l'omosessualità sia dovuta ad una mancata identificazione con il ruolo di genere
 - Circa il 60% affronterebbe un paziente con omosessualità egodistonica attraverso un intervento finalizzato a modificare l'orientamento sessuale
 - Solo il 15% ritiene di essere adeguatamente preparato sulle tematiche cliniche e teoriche all'omosessualità
 - Però meno del 10% considera l'omosessualità un sintomo, meno del 4% una patologia

«Aiuto sono gay!?»

Favorire un'esperienza di Sé autentica e integrata

- Come terapeuti potremo trovarci di fronte a pazienti tormentati dal dubbio di essere omosessuale; in questi casi è bene che il terapeuta non proclami dall'alto l'orientamento del paziente ma compia un percorso per scoprirlo insieme all'altro
- La psicoterapia deve servire come base sicura per esplorare i diversi aspetti della propria vita; la nostra apertura mentale sarà propedeutica a quella che potrà essere quella del paziente
- Attraverso l'individuazione e la messa a fuoco dei conflitti verrà favorita l'integrazione delle componenti sessuali e affettive in un'identità coesa, arrivando a fare esperienza di una dimensione più autentica di Sé
- Leggere pag. 64 di Lingiardi

... Quindi ...

- È importante non dare per scontato l'orientamento sessuale del paziente, poiché dare per scontato che possa essere eterosessuale equivale a perpetuare anche in ambito clinico l'obbligo eteronormativo con cui il paziente non eterosessuale ha a che fare nella vita di tutti i giorni
- È preferibile fare domande come «In questo momento ha una relazione sentimentale?», «C'è stata qualche relazione particolarmente importante dal punto di vista amoroso o sessuale?», «Possiamo dare un nome a questa persona?», «Che tipo di relazione le piacerebbe?», piuttosto che «Ha un fidanzato/a?», «E' sposato/a?», «Desidererebbe avere un uomo/donna al suo fianco?»
- Ovviamente quando il paziente condividerà con noi il proprio orientamento e la propria definizione di sé, non persisteremo in un linguaggio neutro rispetto al genere, altrimenti trasmetteremmo un messaggio disconfermante
- Leggi pag. 48/49 di Lingiardi

Inoltre

- Lo psicologo o lo psicoterapeuta devono fornire un aiuto e uno spazio sicuro dove fare scelte opportune e consapevoli che riguardano il Sé, ma anche se, come e quando coinvolgere partner o figli. Infatti in questi casi lo psicologo può e deve avere un ruolo attivo anche in questi processi. Leggi pag. 67/68
- In un'ottica sistemico – relazionale è importante guidare la famiglia verso l'adattamento e aiutarla a superare la crisi evolutiva che si è aperta. In questi casi i sistemi che lo psicologo deve tenere a mente e prendere in considerazione possono essere: a) la coppia che deve affrontare la separazione, quindi il possibile inganno e senso di colpa; b) le relazioni genitori – figli che devono essere garantite nella loro continuità nonostante i cambiamenti; c) le eventuali coppie di nuova formazione; d) il partner omo/bisessuale e i suoi vissuti riguardanti il proprio orientamento sessuale; e) il partner eterosessuale e gli altri membri della famiglia che si trovano nella necessità di confrontarsi e adattarsi con l'identità sessuale del familiare omo/bisessuale

- Leggere pag. 57, esempio di conflitto interiore tra omosessualità e religione
- Leggere pag. 58/59 sul senso delle «terapie riparative»
- Perché oltre a fare una appropriata analisi della domanda è anche importante ricordarsi che la comunità scientifica internazionale considera l'omosessualità come una variante positiva della sessualità umana e che bisogna essere a conoscenza dell'inefficacia e dei rischi connessi agli interventi psicologici, detti appunto «terapie riparative» che si propongono l'obiettivo di modificare l'orientamento sessuale di un individuo
- Le «terapie riparative» sono sempre basate su premesse ideologiche e talvolta religiose che contribuiscono a esacerbare il senso di solitudine e/o di malattia che affligge le persone omosessuali che le ricercano, incoraggiandole a fondare le proprie scelte di vita su un'autorità esterna; spesso appellandosi ad alcuni valori morali, queste «terapie» rinforzano solo un lato del conflitto del paziente e lo agiscono, anziché esplorarlo, nel rapporto interpersonale con il terapeuta, favorendo le dinamiche dissociative anziché quelle integrative

Infatti

E' importante individuare e decostruire gli stereotipi sulle omosessualità

A cui neanche lo psicologo è esente

- È indispensabile riconoscere i propri pregiudizi, cogliere ed analizzare quelli dei pazienti, evitando così dinamiche collusive. Ad esempio:

L'omosessualità è una «scelta»; l'omosessualità è colpa della madre; avere un figlio omosessuale è una sciagura; l'omosessualità si può curare; l'omosessualità è contro natura; i gay sono immorali; le lesbiche non hanno senso materno; se tutti fossero omosessuali la specie si estinguerebbe; i figli hanno bisogno di un papà e di una mamma per crescere bene; gli omosessuali sono viziosi

- Compito del professionista è appunto aumentare conoscenza e consapevolezza, ed inoltre rassicurare il sistema familiare e non solo, che l'omosessualità in sé non costituisce un indicatore di psicopatologia; questo è un importante passo verso il benessere del figlio e verso un migliore funzionamento dell'intero sistema familiare

Rivelare o non rivelare il proprio orientamento?

- In passato la self – disclosure del terapeuta era spesso sconsigliata, se non addirittura condannata, soprattutto in ambito psicoanalitico. Oggi invece ne è riconosciuta la potenzialità
- Questo non vuol dire ovviamente che il terapeuta debba dire qualsiasi cosa gli venga in mente. La scelta di dire o non dire va considerata come il risultato di un gesto clinico, contemporaneamente spontaneo e pensato
- Perciò la self – disclosure dell'identità sessuale non si può escludere a priori, anche se non vi sono prove che il contrario possa essere più efficace, inoltre bisogna prendere atto che un terapeuta dissemina segni più o meno rivelatori anche della propria identità sessuale o della propria vita privata. Inoltre non si può non considerare la dissonanza emotiva e cognitiva provocata da un terapeuta che nasconde il proprio orientamento ad un paziente che l'ha ampiamente intuito

- La self – disclosure sull'orientamento sessuale può riguardare
 - A) Messa in atto inconsapevole di comportamenti rivelatori verbali o non
 - B) La condivisione consapevole di aspetti di Sé
 - C) Fornire risposte a domande personali fatte dall'utente
- La rivelazione dell'orientamento sessuale, come ogni altra self – disclosure, è un atto relazionale. Ma affinché sia anche un atto terapeutico è fondamentale comprenderne cause e ragioni, cioè se è al servizio della relazione terapeutica o se nasce da un bisogno del terapeuta stesso. Altrettanto fondamentale è cogliere perché e in quale momento viene sollecitata e con quali motivazioni da parte del paziente

Un possibile Alter ego dell'Edipo

e il semicerchio della salute mentale

Premessa

- Per la psicoanalisi classica si viene delineando l'immagine dell'**Uomo «colpevole»**, cioè un uomo riluttante ad abbandonare i suoi vecchi obiettivi di piacere ma tuttavia non adattivo, resistente alla terapia, un uomo non disposto a permettere che i suoi obiettivi aggressivo – distruttivi vengano domati, pronto alle guerre e/o incline alla distruzione. Un uomo impegnato in una lotta senza speranza fra le pulsioni che scaturiscono dalla base biologica di *homo natura* e le influenze educatrici che provengono dall'ambiente sociale così come esse vengono inglobate nel Super – Io
- Per la psicologia del Sé è più corretto parlare di **Uomo «tragico»**, dove l'essenza stessa dell'uomo è vista nel suo Sé e nel suo essere un *Uomo Psychologicus*, appunto l'Uomo Tragico, che cerca quasi sempre senza riuscirci di realizzare nel breve spazio della sua vita il programma esistente nel suo profondo

E per il complesso d'Edipo?

- Premessa la quasi universalità del complesso d'Edipo, la sua basilarità nella costituzione dell'Essere, una sua spinta importante che può causare un'azione deleteria e/o una sofferenza nevrotica, ma il complesso d'Edipo rimane un anello e nemmeno il più profondo di una catena di cause.
- Infatti la psicologia del Sé si distacca dalla psicoanalisi tradizionale per quanto riguarda il concetto di conflitto intergenerazionale, appunto da concetti di reciproci desideri omicidi, da un Edipo patologico (ben distinto dal normale stadio edipico dello sviluppo), questi non riferiti all'essenza dell'uomo ma a deviazioni dal normale, anche se molto frequenti
- Una diversa visione dell'Edipo lo colloca, anche se nella sua rarità, dentro un vissuto gioioso dell'infanzia, durante il quale i genitori rispondono con orgoglio e crescente empatia, con gioioso rispecchiamento alla nuova generazione affermandone così il diritto a crescere e ad essere diversi
- Non più di fronte ad un conflitto irriducibile fra istinti di base opposti (Thanatos in lotta con Eros) ma di fronte piuttosto a interferenze, potenzialmente correggibili, che ostacolano lo sviluppo normale

Un possibile Alter ego dell'Edipo
e il semicerchio della salute mentale

- Da una parte appunto ***l'Uomo Colpevole***, la cui essenza è definita in rapporto al conflitto intergenerazionale, per eccellenza, quello tra padre e figlio
- Dall'altro un ***Uomo tragico*** in cui lo stadio edipico viene vissuto gioiosamente dal genitore e dal bambino. È tragico perché un uomo battagliero, pieno di risorse, tenta di realizzare il suo Sé più profondo e combatte contro gli ostacoli che dall'esterno e dall'interno vi si oppongono, un uomo caldamente rivolto alla nuova generazione, al proprio figlio alla cui evoluzione e crescita partecipa con gioia, capace quindi di vivere la gioia più grande e profonda per un essere umano, quella di costituire un anello nella catena delle generazioni

Da Edipo ad Ulisse ed il semicerchio della salute mentale

- Ulisse, nonostante circondato da eroi semi – dei, risulta essere un uomo moderno, col quale più facilmente identificarci, con le sue debolezze e tentativi, con le sue vicissitudini molto umane piuttosto che identificarsi con Re Edipo votato al suo destino funesto
- La storia di Ulisse si contrappone a quella di Edipo nella sua spinta vitale piuttosto che mortale, con la sua renitenza alla leva, prima, nella letteratura
- Ulisse salva il proprio figlio ed affronta il suo destino e la guerra ad esso annessa piuttosto che uccidere Telemaco. Si supera il conflitto intergenerazionale ed il parricidio di Edipo scegliendo il *Semicerchio della salute mentale*
- Il semicerchio dell'aratro di Ulisse come simbolo che l'uomo sano vive, con la gioia più profonda, la generazione successiva come un'estensione di se stesso
- Quindi normale e umano è il sostegno alla generazione successiva e non il conflitto intergenerazionale e i desideri di uccidere e distruggere, anche se possiamo trovare spesso o sempre tracce di questi prodotti patologici di disintegrazione ma non come normale fase di sviluppo

- Soltanto quando il Sé del genitore non è un Sé sano e normale, coesivo vigoroso e armonioso, reagirà con competitività e seduttività piuttosto che con orgoglio e affetto nei confronti del bambino, che, intorno ai cinque anni, progredisce meravigliosamente verso un grado di assertività, generosità e affetto fino ad allora mai raggiunto
- È in risposta a un Sé imperfetto del genitore, che non può risuonare con l'esperienza del bambino in identificazione empatica, che il Sé assertivo – affettivo appena formato del bambino si disintegra e fanno la loro comparsa i prodotti della rottura quali ostilità e bramosia tipiche del complesso di Edipo

... ..

- Inoltre, il fatto che Edipo fosse un figlio rifiutato non è forse un elemento dinamico – genetico estremamente significativo? Perché non viene mai evidenziato? Edipo fu abbandonato e lasciato morire nella desolazione. Mentre il suo Sé appena formato, affascinante ed assertivo, fu in grado di trovare nuovi genitori deve essere rimasto nel profondo il senso del rifiuto originale
- La risposta intergenerazionale e normale di Ulisse, del rapporto tra padre e figlio, diventa così essenza vera e nucleare dell'umanità, essa costituisce il nucleo essenziale del Sé. Così si potrà accedere a padre e figlio che combattono insieme contro i proci, ristabilendo così il legame familiare interrotto

... Passare dallo studio di Freud a quello dell'uomo ...

- La forza che ci spinge a tracciare il semi – cerchio dell'aratro di Ulisse sta nel nucleo più profondo del nostro Sé, mentre le forze che fanno risuonare con le gesta di Re Edipo costituiscono uno strato più superficiale del Sé, strato che ne ricopre il nucleo, interferenze che influenzano lo sviluppo dell'uomo
- Infatti dietro al disturbo edipico si celano risposte difettose d'oggetto – Sé e dietro ad esse è ancora viva la speranza primaria di un ambiente normale, promotore della crescita del Sé

*L'essenza dell'esperienza umana non può trovarsi nel **conflitto** tra le generazioni (modello biologico pulsionale)*

*Ma piuttosto nella **continuità** fra le generazioni stesse*

Varianza  Devianza

- Seguendo il percorso che da Edipo, scontro, ci ha portato ad Ulisse, incontro, possiamo ora vedere la sessualità come emblema per eccellenza dell'incontro con l'Altro. Solo quando questo si tramuta nel suo opposto o in un'assenza, vuoto relazionale che oggi rappresenta lo sfondo della contemporaneità, l'Altro e la sua assenza finiscono per rappresentare un prolungamento narcisistico e ideale del Sé, creando così le basi per le diverse parafilie, caratterizzate da contrapposizioni e scissioni che invece vanno integrate in nuove condivisioni e visioni, seguendo ed ampliando il continuum della e delle Sessualità giungendo così alla legittimazione di possibili nuove forme soggettive di ***neosesualità***

Il Continuum della Sessualità

L'esperienza erotico – sessuale va quindi inquadrata in un continuum che a diversi livelli può allontanare molti degli stereotipi culturali, promuovendo invece un benessere di/per tutti

La sessualità come espressione di fantasie, immaginazione e agiti dell'eros può essere osservata da diversi punti di vista; esiste una sessualità normativa dove gli stereotipi sono l'espressione fondante di quella relazione, cultura e società; esistono anche dei comportamenti sessuali che, pur discostandosi dalla normatività, non entrano prepotentemente nel panorama delle parafilie, tantomeno in quelle della criminalità e delle violenze, questa dimensione fonda le proprie radici nella curiosità, nel concetto più infantile (non vuol dire immaturo) di divertimento, la trasgressione

- La trasgressione esiste in tutte le persone, essa è l'espressione della novità erotica e della sperimentazione dei «reali» e impliciti bisogni di ogni individuo
- Trasgressivo è tutto ciò che appare singolare e diverso nell'immaginario di ogni essere umano, un nuovo spazio, un altro punto di vista, una rappresentazione condivisa col partner, una nuova modalità di espressione erotico – sessuale, l'utilizzo di sex toys oppure diversi livelli di BDSM
- Superata la linea di demarcazione della trasgressione si entra nell'esperienza Parafilica, la quale come abbiamo visto non presenta la necessità di un intervento clinico – terapeutico, ciò avverrà solo in caso di stato di stress, disagio a livello sociale, lavorativo e affettivo – relazionale e solo poi potremo parlare di Disturbo Parafilico
- Infine, tutti gli individui che si servono della sessualità per causare, sperimentare dolore e sofferenza, senza ricavare piacere ed eccitazione, rientrano nella categoria dei sex offender
- Un'utile differenziazione permette un importante passo verso una cultura delle differenze, una cultura dove ogni individuo può permettersi di sperimentare le proprie emozioni svincolandosi dal pregiudizio e dal rischio di rimanere invischiato nello stereotipo della NORMALITA'
- Solo così, dando dignità d'esistenza e di espressione alle diverse forme di Essere si potrà dar vita ad una vera e propria Varianza (coesistenza di tutti, relazione) invece della Devianza (inesistenza di tutti, fissazione su di sé, Egoismo, da Uno ad Unico)

Identità trans* e psicoanalisi: la ricerca di un dialogo

Dalle pagine del «Manifesto»

Unità di Ricerca sullo Sviluppo dell'Identità di Genere

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica - Sapienza Università di Roma

La notizia che l'*American Psychoanalytic Association* ha rivolto scuse ufficiali alla comunità LGBT per aver patologizzato, nel corso della storia, gli orientamenti non eterosessuali e le identità trans*, riportata da Vittorio Lingiardi sulla *Repubblica* qualche settimana fa, ha dato inizio a un dibattito continuato poi sulle pagine del *Manifesto*, in cui, tardivamente ma fortunatamente, hanno preso parola anche persone trans*. Lorena Preta e Sarantis Thanopulos, entrambi della Società Psicoanalitica Italiana, vedono, nelle identità trans*, la “negazione del dato biologico” e la “negazione del lutto” che si accompagna alla “costruzione di un’anatomia fittizia”. “Condizioni di cui prendersi cura” senza “compatirli, né assecondare la loro visuale” (Thanopulos).

Come gruppo di terapeuti, psicoanalisti e ricercatori che da anni si occupano di identità trans*, ci uniamo al dibattito cercando di dare voce a un’*Altra* psicoanalisi, capace di coniugare l’ascolto rispettoso delle persone direttamente interessate con l’aggiornamento scientifico

.....

.....

Sul genere e la sessualità la psicoanalisi ha preso diversi abbagli: pensiamo alle donne (“passività” e “invidia del pene”) e alle persone omosessuali (“immaturità”, “narcisismo”, “perversione”). Anche se oggi queste posizioni fanno parte di una psicoanalisi superata, noi temiamo le ripetizioni. La letteratura scientifica ha chiarito che le identità trans* non sono realtà in sé patologiche. Disturbi coesistenti, se presenti, sono il più delle volte legati a esperienze di vita traumatiche. La teoria psicoanalitica, dal canto suo, ha abbandonato da tempo l’idea di un’unitarietà del soggetto, sviluppando una concezione dinamica del Sé e delle traiettorie di sviluppo.

Non esiste una sola identità trans*. Ci sono persone che si identificano con un sesso opposto a quello di nascita, altre che non si riconoscono nel binarismo maschio-femmina, altre che non si riconoscono in alcun genere e altre ancora. Per alcune l’adeguamento tra la propria identità di genere e il sesso (con percorsi che prevedono interventi chirurgici e/o cure ormonali) è vitale, per altre invece non è importante. Parlare di questa complessa rete di identificazioni e autodefinizioni, riducendola a una “dissociazione” che produce un “corpo contraffatto” ci sembra riduttivo.

Non solo. Chiunque abbia esperienza clinica diretta di bambini e bambine, ragazzi e ragazze, “in crisi” con il genere assegnato alla nascita, sa che il significato, l’intensità e la durata (in termini di persistenza e desistenza, usando i termini della letteratura scientifica) della propria “costruzione” di genere è estremamente variabile. Come lo sono i contesti familiari in cui si sviluppano (a volte con gravi esperienze di rifiuto, altre volte con attente capacità di ascolto) queste irripetibili storie personali.

Ci sembra che il dibattito che ha visto gli/le attivisti/e trans* contrapporsi alle prese di posizione di alcuni psicoanalisti corra il rischio di polarizzarsi, da entrambe le parti, su affermazioni minacciate dall'ideologia e dal pregiudizio. Alla psicoanalisi vogliamo ricordare che in gioco ci sono i corpi e le identità di altre persone, la loro possibilità di essere se stesse. Agli/alle attivisti/e trans* indichiamo, anche a partire dalla nostra esperienza di interlocutori clinici, che le storie e le voci delle persone trans* sono molte e variate; non sempre parlano da una posizione di sicurezza e di forza come quella che traspare dalle parole delle attiviste che hanno partecipato al dibattito. Come da ogni percorso di autoaffermazione, anche in questo caso non si può espungere la parola "sofferenza" dalla propria narrazione.

Come non ripetere errori del passato? Come far "dialogare" identità trans* e psicoanalisi? Dobbiamo essere consapevoli che la questione dell'identità di genere crea un benefico "disturbo" alla psicoanalisi, la invita a pensare e forse ad ammettere che c'è ancora molto da capire. E quindi da ascoltare. Una strada è quella indicata da chi, coinvolto in prima persona, ha preso parola su queste pagine, chiedendo di parlare "con noi" e non "di noi", costruendo "un dibattito e non un monologo" (Antonia Caruso, Monica Romano e Laura Caruso). E di "prendere atto" che essere trans* in sé "non è una condizione patologica", auspicandoci che gli "specialisti della psiche" sappiano offrire alle persone trans* un ascolto libero dal pregiudizio teorico.

Al concetto di limite preferiamo quello di "responsabilità" di sé e del contesto affettivo, giuridico e sociale al cui interno avvengono le nostre scelte. Per questo auspichiamo una psicoanalisi empatica, libera da pregiudizi e attenta agli sviluppi attuali della ricerca. Che non si protegga entro categorizzazioni lontane dai vissuti soggettivi e sia capace di sostare e transitare **con** la pluralità delle esperienze umane

Breve bibliografia

«**Bambini e adolescenti Transgender, coltivare orgoglio e gioia nelle famiglie in transizione**», Elijah C. Nealy. Fioriti editore

«**Parafilie e devianza, psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale atipico**», Fabrizio Quattrini. Giunti editore

«**Citizen gay. Affetti e diritti**», Vittorio Lingiardi. Il Saggiatore Tascabili, editore

«**Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche gay bisessuali**», Vittorio Lingiardi e Nicola Nardelli. Raffaello Cortina editore

«**Le due analisi del Signor Z**», Heinz Kohut. Astrolabio editore

«**Il complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre**», Massimo Recalcati. Universale economica Feltrinelli editore