

Masturbazione: la prima tossico-dipendenza.

Romeo Lucioni

Il titolo di questo contributo potrebbe anche sembrare una provocazione, ma in realtà l'onanismo (termine tecnico che sta per masturbazione e che deriva dall'esperienza del greco Onan) ha tutti i caratteri di tossico-dipendenza perché:

- a) *dipendenza* – chi è abituè della pratica sembra non potersene liberare, anche sino alla tarda età, ed anzi spesso ha momenti di accentuazione se non proprio di ossessione e compulsività;
- b) *tossicità* – la parola riferisce al danno, all'induzione di qualcosa che disturba e che altera. Molto poco si è parlato del "danno" provocato dalle sostanze stimolanti o allucinogene direttamente sulla organizzazione psico-affettiva. Oggi però, sappiamo con certezza che l'uso di sostanze induce (*pur troppo anche i famosi "spinelli"*) uno stato di "*tossicità psichica*" ed è proprio questo che l'avvicina alla pratica onanistici.

Leggendo un lavoro riassuntivo di José Treszezamsky, scopriamo che il tema aveva interessato S. Freud già nel 2890. L'inventore della psicoanalisi stava studiando la nevrastenia e, analizzando con attenzione la semeiotica, aveva potuto correlare la pratica sessuale auto-erotica alle forme di nevrosi attuale.

Continuando la sua ricerca (che lo aveva interessato in forma particolare) scoprì una "incapacità di tollerare la tensione psichica" ed inoltre il fatto che si veniva a strutturare una capacità di "scarica immediata" proprio per mezzo dell'atto masturbatorio.

Nei suoi lavori, Freud sembra descrivere una notevole difficoltà a "curare" l'obbligatorietà della dipendenza, tanto che era arrivato a proporre un trattamento rigidamente basato sull'imposizione dell'astinenza.

Successivamente cercò di proporre il ricovero, ma accompagnato da pratiche di "sessualità normale" per rinsaldare la "libido" ad una soddisfazione più completa, diretta e sublimata.

Se i lavori di Freud cercavano soluzioni "logiche", la società, sotto la spinta di principi etico-religiosi, ha indotto sempre una sorta di "demonizzazione" attraverso i miti delle conseguenze catastrofiche della cecità, della demenza precoce, dell'infantilismo ed anche della morte subitanea.

Treszezamsky riconosce nella masturbazione tre fasi:

- a) *quella della prima infanzia* che si caratterizza come "piacere d'organo" e che rappresenta un tempo nel quale il piacere invade il corpo nella sua interezza, proprio perché non si è ancora organizzata pienamente la identificazione oggettuale. È il tempo della compulsione a ordinare, a collezionare (automobiline, figurine, pupazzetti di draghi, di dinosauri, ecc.ecc.);
- b) *quella che si sviluppa dopo i 4 anni*, che lascia una impronta durevole e che si accompagna a sentimenti di colpa e a paure per le conseguenze catastrofiche. Attraverso questa pratica il bambino potrà:
 - indagare sulle caratteristiche del suo sesso;
 - sviluppare fantasie sul suo funzionamento;
 - fantasticare sui rapporti segreti dei genitori;
 - incrementare i desideri;
 - ricreare teorie sessuali proprie quando cominceranno a presentarsi espressioni repressive;

c) *quella della pubertà* per la quale si accentueranno i sensi di colpa (anche a causa della repressione culturale) anche se comincia a svilupparsi quella che abbiamo chiamato “indipendenza psichica”. Questa risponde a sentimenti paranoici di onnipotenza, di non aver bisogno di nessuno, di far tutto da sé, meglio e senza le pastoie della dipendenza dall’Altro. In questo aspetto la masturbazione si sovrappone perfettamente alla droga-dipendenza proprio perché anche in questa emergono spinte libidiche primitive, narcisistiche, onnipotenti e distruttive.

Il “piacere” ottenuto con poco sforzo inebria la fantasia con venature di onnipotenza ed anche con sentimenti di svalorizzazione dell’Altro, degli oggetti, del mondo, delle leggi ed anche delle regole etiche e morali.

Un esempio paradigmatico lo troviamo nei *pazienti borderline* che, proprio per la loro organizzazione psico-affettiva dominata da una “mentalizzazione”, da sensi di superiorità e di opposizione, svalorizzano tanto gli oggetti, le persone, i pensieri ed anche gli studi, tanto che, quasi inevitabilmente, si ritrovano soli, isolati, rinchiusi tra le quattro pareti di casa.

In questi casi è sempre presente un forte “bisogno” dell’attività masturbatoria che, per di più, non si accompagna a fantasie erotiche con l’Altra, ma si esaurisce nel più “puro ed esaltante senso di piacere e di voluttà”, mai accompagnato da sensi di colpa o di inadeguatezza.

Di fronte a queste osservazioni si continua a parlare su quanto dichiarato nel 1912 nella Società Psicoanalitica di Vienna quando, anche senza accordo totale, si era dibattuto:

- il principio della non dannosità della masturbazione;
- l’origine del sentimento di colpa: l’insoddisfazione personale, fattori sociali, caratteristiche di personalità;
- il momento di comparsa dell’onanismo per poterlo riferire o no alle problematiche edipiche.

Oggi si parla di “fattori limitanti” che danno all’onanismo un carattere per così dire di disturbo nei confronti di uno sviluppo psico-affettivo adeguato alle necessità relazionali e sociali. Sarebbe quasi come una “perdita di potenzialità della struttura personologica”.

Le pregiudiziali, come ricorda Treszezamsky, sarebbero legate a:

- un danno organico per una soddisfazione inadeguata (nevrosi attuale);
- un archetipo mentale per il quale per raggiungere la soddisfazione non c’è bisogno di nulla che non sia “... alla portata della mano”;
- un certo grado di infantilismo psichico per la fissazione a mete sessuali infantili che predispongono a nevrosi;
- il pericolo di una debilitazione organica e della potenza sessuale.

Nei suoi ultimi lavori (1938) Freud ritornò a occuparsi di masturbazione e con questo osservò che:

- molte ossessioni e fobie dell’adulto derivano dalle violente repressioni della masturbazione infantile;
- che, per altro, queste possono anche portare a inibizione intellettuale e di capacità lavorativa.

Potremmo aggiungere a queste note che le inibizioni non sono riferite solo a quelle esterne, ma anche a quelle interne che hanno un forte punto di partenza dai sensi di colpa.

A sostegno di queste conclusioni vengono riportati molti casi clinici caratterizzati da: indecisione comportamentale; paura di sbagliare; difficoltà a raggiungere una meta od un proposito; paura d'aver rovinato il proprio corpo; senso di continua ed inesorabile insoddisfazione; sentimenti di inadeguatezza e di incapacità; ossessione per la pulizia; facili esplosioni di risa o accessi di rabbia; riduzione della curiosità e della creatività; aumento del pudore e della vergogna che però possono anche esprimersi paradossalmente con incremento della ribellione e dell'insofferenza alle regole ed alle imposizioni.

Tutti questi segni indicano una flessione delle *capacità resilienti* che così lascia il soggetto in balia degli stress, delle difficoltà, del disagio e di ogni senso di insufficienza e di incapacità.

La nostra esperienza clinica, fondata sulla lettura timologica dello sviluppo psico-mentale, che mette al centro dell'osservazione le problematiche relazionali e dello sviluppo psico-affettivo, ci hanno portato alle seguenti conclusioni.

- Le problematiche borderline ed in tutti i casi nei quali si osservano i segni di una difficoltà espressa come disagio, inibizione, perdita dell'iniziativa, i pazienti dimostrano anche:
 - inibizione della sfera sessuale;
 - inaridimento delle esperienze relazionali;
 - anestesia affettiva con perdita del valore dell'Altro e delle cose della mondanità;
 - sentimenti egocentrici e megalomaniaci;
 - tendenza a sottovalutare le difficoltà proprio perché predomina il sentimento che "...basta proprio poco per ottenere quello che si vuole o si deve";
 - prevalenza nel funzionamento psico-mentale di una "*mentalizzazione*" che diventa "furbizia", cioè capacità di sfruttare, a proprio vantaggio, le debolezze e le difficoltà degli altri; senso di non aver bisogno di nessuno e di nulla perché tutte le cose del mondo non valgono nulla se confrontate con la propria "assoluta libertà" e quindi "...si può fare a meno di tutto, anche di quelle cose che fanno l'ossessione degli altri, incapaci, mollaccioni ed immorali".
- Le alterazioni dello sviluppo psico-affettivo portano ad una sclerotizzazione (siderazione) del sistema dei valori e degli affetti che si evidenzia con:
 - a) *Verso di Sé:*
 - Senso di incapacità a gestire le relazioni interpersonali, quasi fosse una stigmatizzazione personale ("...sono fatto così e non ci posso far nulla");
 - Iper-valutazione reattiva dell'Altro (Lui o Lei) che in realtà viene percepito e considerato come "inferiore", amorale, insulso, inadatto alla relazione, ma dotato di "qualità superficiali" che lo rendono sempre "appetibile" e, quindi, "superiore" ("... lei ha tutto quello che non ho io");
 - Senso di possedere capacità superiori centrate sulla "furbizia" ("...posso essere meno intelligente, ma so sfruttare le debolezze altrui");
 - b) *Verso gli Altri:*
 - Iper-moralismo che porta a considerare l'Altro sempre "in colpa" anche nei confronti del soggetto, se non altro, perché non sa "capire", non riesce neppure a percepire la "profondità del suo dolore";

- Nessuno merita d'essere amato proprio perché non ci si può fidare mai, neppure delle persone che "sembrano disponibili";
- Sentimenti di odio e di opposizione nei confronti del padre, accusato di essere un perverso e distruttivo, anche se onnipotente;
- Sentimenti denigratori e di svalorizzazione nei confronti della madre che ha anche la colpa di "...essere sempre dalla parte di Lui".

Questo quadro psicopatologico è, per lo più, preso in considerazione solo come "diversità" e, quindi, non è considerato malattia e neppure come disturbo.

Da un punto di vista psico-dinamico, si può pensare però ad una frattura nello sviluppo psico-affettivo che deriva dalla difficoltà vissuta nella relazione con l'oggetto genitoriale (fattore critico che per lo più si organizza attorno ai tre-quattro anni).

Non è ancora ben chiaro il meccanismo per il quale le difficoltà nella relazione con le figure di riferimento possa portare ad un quadro psicopatologico tanto "disastroso". All'inizio del 1900 gli psicoanalisti avevano pensato ad un trauma derivato da una cattiva relazione con la madre ("mamma frigorifero"). Le considerazioni successive (anche mosse da una violenta levata di scudi da parte dei genitori) hanno fatto cambiare direzione alle considerazioni teoriche.

Tornando a Freud - "Un bambino viene picchiato" (1919)- e sostenuti dall'esperienza clinica, abbiamo considerato che "...le impressioni, che provocano la fissazione, appaiono prive di qualsiasi energia traumatizzante".

Ancora Freud dice: "...alcune componenti ...essendosi sviluppate con un certo anticipo su altre, potrebbero acquisire una condizione di indipendenza, promovendo un processo di fissazione".

Questo meccanismo potrebbe anche servire a spiegare (anche se parzialmente) il perché tali organizzazioni psichiche "particolari" restano per lo più sepolte nell'inconscio e, proprio per questo, risultano difficilmente attaccabili dalla psicoanalisi.

Essere "diversi", sentirsi "particolari" rappresentano espressioni che sottendono ad una percezione di Sé "ego-sintonica", vale a dire accettata e, soprattutto, che non genera tensioni perché non induce giustificazioni valide per "dover cambiare". Questo sentimento si accompagna ad un atteggiamento vagamente paranoide di "potenza-superiorità": di capacità cioè per evitare la dipendenza in qualsiasi momento.

Non possiamo discernere quale dei due sentimenti sia il primitivo:

- accettarsi come diverso che "... sta bene con se stesso";
- vivere un senso di superiorità che permette di credersi capace di "tornare indietro", rinunciare cioè alla "diversità".

In ogni caso entrambi i vissuti risultano personalistici e servono solo ad aumentare l'auto-accettazione che, in altre parole, significa valorizzarsi.

Questo sentimento convive nella psiche come "caratteristica" e, proprio per questo, non suscita conflitti e può essere mantenuto nell'inconscio attraverso meccanismi di "negazione".

Questo meccanismo di difesa è tra quelli definiti "primitivi o arcaici" ed è sostenuto da una "fantasia" che "esaudisce un desiderio".

Diniego, egocentrismo, onnipotenza sono sentimenti che giustificano la definizione di "regressivo" per un funzionamento psico-mentale "particolare".

Quando un adulto ricorre al diniego come modo persistente di affrontare la realtà dolorosa e frustrante, si può pensare ad un grave disturbo di valutare correttamente la realtà.

Le difficoltà personali vengono velate e nascoste ed è così che atteggiamenti di rinuncia, tendenze a minimizzare, giustificazioni continue, scappatoie furbesche entrano nell'ordine del giorno, ma non sono mai sufficienti a detenere e a mitigare la tensione intima e profonda (inconscia).

Tutto questo si può evidenziare sia nella tossico-dipendenza che nella masturbazione persistente che si caratterizzano per due espressioni contraddittorie e contingenti.

- Da un lato prevale un "senso di auto-soddisfazione" sotteso all'auto-erotismo (che genera sentimenti di onnipotenza e di svalorizzazione dell'Altro);
- dall'altro, il soggetto vive uno stato di tensione permanente anche se ingiustificata, sottesa a sentimenti di auto-svalorizzazione negati dall'auto-definirsi "diverso o particolare".

Se la contraddizione non genera conflitti, bisogna sottolineare però la presenza di una tensione emotiva più o meno accentuata.

Ci possiamo chiedere quali conseguenze possano derivare da questa "sottile anormalità".

L'esperienza clinica ci ha portato a verificare come una tensione emotiva porta a saturare i sistemi psicologici e, di conseguenza, ad interagire negativamente con tutte le capacità funzionali superiori: quelle affettive e quelle cognitive.

Nei casi di grave tensione emotiva, come succede per es. nell'X-fragile, possiamo verificare che bambini con una capacità intellettuale sufficientemente valida, diventano "gravi insufficienti mentali" nella pubertà. Ciò significa che la "emotività libera" (caratteristica di questi soggetti) è causa del disordine:

- psico-affettivo = siderazione dei meccanismi timologici;
- psico-cognitivo = difficoltà a sviluppare un alto livello simbolico-razionale.

Queste due caratteristiche psico-patologiche possono quindi giustificare la denominazione di "*tossicità psichica*" per definire i comportamenti che abbiamo preso in considerazione.

Modelli di intervento psico-riparativo

Già Freud aveva segnalato la difficoltà di affrontare una terapia per questi casi nei quali i processi psicomentali anomali risultano racchiusi nell'inconscio e, proprio per questo vengono, in qualche modo, "difesi" dal soggetto. (era arrivato a proporre il ricovero per inibire la pratica masturbatoria).

Si osserva così come tali problematiche (che non hanno origine traumatica, ma bensì evolutiva) acquistano un "carattere ego-sintonico" contro il quale il soggetto non attiva né meccanismi di espulsione, né, tantomeno, di auto-accusa.

In accordo con la nostra esperienza clinico-terapeutica, possiamo dire che le tensioni emotive inconsce (vedi attacco di panico) o di origine genetico-strutturale (vedi X-fragile) sono difficilmente controllabili farmacologicamente (non conosciamo ancora farmaci attivi sulla funzione emotiva istintiva che prende origine dalle strutture limbiche).

Una osservazione particolarmente importante è quella che evidenzia come nessun tentativo razionale è in grado di contenere l'iper-attività emotiva.