

L'IMPOTENZA ANATOMICA

Incurvamenti penieni congeniti

Franco Avenia

Presidente dell'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS)*

Coordinatore didattico ed Esperto al corso di

“Psicologia e Psicopatologia dei Comportamenti Sessuali”

Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio

Publicato in: Identità sessuale: percorsi a confronto. CIC Edizioni Internazionali, Roma 2002

Introduzione

La Disfunzione Erettiva¹ Anatomica- come recita la definizione approvata nella Consensus Conference sulla Disfunzione Erettiva di Trieste del 1999²- *riconosce come cause principali le condizioni anatomiche peniene che non consentono la penetrazione. Si distingue in congenita: incurvamenti penieni, microfallie, lassità congenita dell'albuginea; acquisita: esiti di I.P.P., fimosi serrate, fibrosi massive da trauma, da priapismo, da cavernositi, da rigetto di protesi peniene.*

Ora ciascuna di queste patologie, pur producendo in sostanza lo stesso effetto -ovvero l'impossibilità totale o parziale di conseguire l'erezione e/o di penetrare- di fatto genera percorsi psicologici e sessuologici assai differenti che meriterebbero eguale approfondimento. Nei limiti dello spazio a disposizione, piuttosto che trattarle tutte superficialmente, ci si è orientati nell'approfondimento delle problematiche soggettive degli incurvamenti penieni congeniti, sia per la loro frequenza che per la significativa rilevanza nell'evoluzione psico-sessuologica degli adolescenti che ne sono colpiti.

* www.airs-online.org

¹ Il termine “Impotenza” usato nel titolo viene per semplicità sostituito nel testo dal più corrente “Disfunzione Erettiva”. In effetti è nostra opinione che in ambito psicologico e sessuologico sia più corretto e completo utilizzare la dizione “Impotenza” invece della più restrittiva “Disfunzione Erettiva” che fa riferimento al solo versante organico. Nel testo in oggetto però, facendo principalmente riferimento ad una specifica patologia del pene, si è preferito utilizzare quest'ultima locuzione evidenziando i riflessi e gli aggregati psico-sessuologici che riconducono alla più ampia definizione di “Impotenza”.

² Alei G., Avenia F.: *Definizione e Classificazione*. Atti della Consensus Conference sulla Disfunzione Erettiva. Ed. Minerva Medica, Torino. Vol 19, Giugno 1999, suppl. 2 al num.1-2, pag. 3

“L’IO fallico”

Se è vero che il pilastro portante dell’*essere-uomo* è rappresentato dal vissuto della virilità, ciò rimanda alla sua identità più profonda, al suo costitutivo determinarsi attraverso la sessualità.

Ma il vissuto della virilità –come ogni altro vissuto- non vive di vita propria: esiste in una rete di connessioni che si condizionano e si modificano reciprocamente.

Notiamo infatti che il vissuto della virilità è un insieme che comprende: l’identità biologica, che si rifà alla percezione del proprio corpo (“io ho una protuberanza chiamata pene”), elemento essenziale per l’identificazione del proprio sesso in senso fisico che si sviluppa intorno ai 18 mesi; l’identità di genere, ovverosia l’autoidentificazione del proprio genere (“coloro che hanno un pene sono maschi, io ho un pene, io sono un maschio”), che si evolve dai 2 ai 5 anni; ed il ruolo sociale, ampliamento della propria identità, che si attua nella proiezione interattiva (“io mi relaziono come un maschio”) e che si sviluppa durante la pubertà e l’adolescenza.

L’integrazione e le sinergie tra identità biologica, identità di genere e ruolo sociale, producono il nucleo essenziale del più articolato e complesso vissuto dell’immagine di sé. A monte di tale catena evolutiva si trova la trasformazione tra *integrità* biologica e *identità* biologica. Integrità biologica che diviene *condizione essenziale* perché identità di genere e ruolo sociale possano svilupparsi in modo armonico e soddisfacente.

Ora però vediamo che l’integrità biologica non è solo un elemento oggettivo, dato da riscontri fisici, ma un complesso di fattori organici e psico-relazionali che ne condizionano il vissuto, così come vengono condizionati l’identità di genere e di ruolo sociale, che rientrano nell’ambito della soggettività. Tutti e tre gli elementi che determinano, come sottoinsiemi della virilità, l’immagine di sé, infatti, sono influenzati dai valori di riferimento di ciascun uomo, come espressione del proprio progetto esistenziale.

L’immagine globale di sé nel maschio risulta, dunque, determinata da una molteplicità di fattori quali -oltre l’imprinting ambientale e la casualità degli accadimenti- la virilità nel suo insieme, i valori di riferimento e le risposte interattive (reali o vissute): una complessa convergenza di elementi essenziali che intreccia in primo piano integrità fisica e sessualità.

Ciò rinvia, nel caso di una malattia – e ancor più nel caso di una malformazione- che colpisca gli organi sessuali, alla gestione di complesse dinamiche che dobbiamo avere preventivamente chiare³.

³ Sottolineiamo che non sempre ci si trova di fronte ad un adolescente con il pene congenitamente ricurvo, non è infatti infrequente imbattersi in un adulto che ha vissuto a lungo la sofferenza della malformazione senza porvi rimedio, con grande disagio psicoesistenziale.

Gli incurvamenti penieni congeniti

Nel panorama delle patologie che interferiscono con la sessualità, il *recurvatum penieno congenito* ha per sua natura caratteristiche psicologiche e sessuologiche peculiari. Gli incurvamenti penieni congeniti, infatti, sono vissuti nella loro realtà di malformazione, cioè come elemento strutturale dell'intera persona, e non di malattia ovvero di evento, di *mutamento*.

Essi poi, scoperti in un'età in cui non si ha di solito né esperienza, né autonomia decisionale, vengono sottaciuti per lungo tempo e percepiti come condizione d'inadeguatezza e di vergogna, incidendo a lungo ed in profondità sull'immagine di sé e sulla dimensione socio-relazionale

Quando poi gli incurvamenti si presentano in modo molto pronunciato ed addirittura risultano ostativi alla penetrazione, influiscono fortemente (in senso negativo) sulla sfera della sessualità, con l'automatico riferimento al vissuto della virilità ed un più ampio riverbero su l'intera persona.

Il quadro che ne scaturisce più frequentemente è, dunque, quello di un giovane introverso e solitario, con difficoltà relazionali, sia con il mondo femminile verso cui si sente incapace, che con quello maschile entro cui teme il confronto. Si sviluppa così un *evitamento* bidimensionale che lo isola progressivamente, aggravando con una marcata introversione la condizione psico-relazionale.

Insicuro e spesso ansioso, non avendo affrontato tempestivamente il suo problema, il giovane con il pene congenitamente ricurvo ha imparato a non prendere decisioni ed a rifiutare responsabilità. Assorbito completamente dal suo "doppio problema" *malformazione e impotenza* (anche quando quest'ultima è solo *vissuta*, non reale), è svogliato nello studio e demotivato nel lavoro. Il suo atteggiamento chiuso, pigro ed irritabile, diviene incomprensibile agli occhi dei familiari, creandogli così anche un forte disagio all'interno degli affetti più stretti.

Va però sottolineato che le problematiche su esposte possono essere presenti anche in quei casi *borderline* o d'incurvamenti lievi, evoluti in personalità già non bene equilibrate, che trovano nel *recurvatum* un elemento d'ulteriore instabilità. La struttura psicologica dell'adolescente influenza, infatti, le diverse fasi che portano dalla scoperta della malformazione alla ri-abilitazione post-intervento. Accanto poi al contesto psicologico di base dell'adolescente, sono presenti altri elementi strutturali e dinamici che possono intervenire adattivamente o disadattivamente: la severità dell'incurvamento e il grado d'impedimento alla penetrazione; la presenza o meno di Disfunzione Erettiva; la qualità delle relazioni familiari; il periodo di latenza durante il quale il problema non viene comunicato ai genitori o affrontato; le occasioni affettivo-relazionali e sesso-relazionali.

Si osserva così un intreccio di fattori costitutivamente dissimili e di per sé indipendenti, ma capaci con le loro interazioni di condizionarsi reciprocamente, alleggerendo o aggravando in diversa misura le reazioni soggettive nell'evoluzione psico-sessuologica che accompagna l'acquisita consapevolezza dell'incurvamento fino a dopo la sua correzione chirurgica.

L'evoluzione psico-sessuologica

L'evoluzione psico-sessuologica dei soggetti con incurvamento congenito del pene può essere distinta in quattro fasi: la fase traumatica, la fase di adattamento, la fase di reazione, la fase di (ri)abilitazione.

La fase traumatica è la fase in cui il soggetto si rende conto che il suo pene è innaturalmente ricurvo. E' questa la fase più lunga e più difficile da gestire. E' la fase dello shock in cui si scopre la *mal-formazione*, ed in cui emerge una percezione di sé come *persona non sana*. Un trauma che incrina il percorso sociale di sommaria eguaglianza, di uniformità, per deviare nella diversità. Si scatena così una ribellione *metafisica* che si sostanzia nella domanda: *perché proprio Io?* e che esita spesso in comportamenti indiscriminatamente ed immotivatamente aggressivi.

La malformazione, a differenza della malattia, viene ricondotta all'intera persona, condizionandone il giudizio complessivo. Ciò produce un forte senso d'inferiorità che sovrapposto a quello della diversità inciderà significativamente nello sviluppo psico-sessuologico dell'adolescente.

In più va considerata la particolare rilevanza della *parte* malformata. Una parte, il pene, che per funzione e rimandi consci ed inconsci interferisce con l'intero equilibrio somato-psichico-relazionale. Si attua allora –quando il pene è *malato*- una espansione capillare della problematica che va a condizionare il consolidamento dell'identità, rendendo difficile, se non impossibile, la progettazione esistenziale-esistenziale. Notiamo infatti che molto spesso i soggetti con incurvamento congenito si trovano sprovvisti di progetto di vita o con progetti vaghi, disarticolati ed atemporali. L'impossibilità di costruire una progettazione della vita dipende dal fatto che la loro si è improvvisamente spezzata, mostrando un aspetto che mai avrebbero immaginato e che di fatto va a condizionare i principali versanti del loro esistere. Il futuro è completamente nebuloso. E quando prendono coscienza che una correzione chirurgica può restituirli alla *normalità*, rimandano immancabilmente ogni interazione –seppur immaginativa- con la dimensione del futuro a dopo l'eliminazione dell'incurvamento. Si crea così un vuoto temporale –che alle volte può durare anche molti anni- il cui limite è sempre e solo l'approdo alla normalità, considerata la piattaforma essenziale ed insostituibile su cui costruire il domani. Sappiamo però che la correzione chirurgica non può andare a colmare il vuoto temporale pregresso; che anni vissuti in balia dell'oggi, senza il minimo ancoramento al futuro, producono oltre ad un forte disagio psico-esistenziale, un ritardo d'inserimento a volte non recuperabile; e che l'opera del chirurgo –ancorché magistrale- non sempre corrisponde automaticamente ad un rimodellamento dei vissuti pertinenti. Il giovane con il

pene ricostruito perfettamente in asse spesso seguita a viverci *malformato*, trascinandosi un'immagine distorta di sé.

Ricordiamo, inoltre, che l'impossibilità ad avere rapporti sessuali o la vergogna nel mostrare la *deformità* crea –proprio nel momento in cui dovrebbe attuarsi– un differimento sine die dell'iniziazione sessuale con conseguente ritardo d'inserimento nel mondo degli adulti: una paralisi dello sviluppo socio-relazionale le cui conseguenze si diramano in ogni ambito della vita.

La particolare natura della malformazione rende poi quest'ultima difficilmente comunicabile. Un male interpretato senso del pudore, condizionamenti socio-culturali ed un diffuso senso di vergogna erigono una barriera a protezione del *segreto* che isola progressivamente il soggetto compromettendone seriamente i rapporti affettivi e sociali.

Ad aggravare, in fine, il quadro psico-sessuologico possono concorrere alcuni vissuti punitivi: la malformazione del pene può infatti essere vissuta come punizione per una serie di *colpe*: fantasie edipiche, fantasie omosessuali, fantasie eterosessuali, erezioni spontanee, polluzioni notturne, masturbazioni, voyeurismo, contatti sessuali con animali domestici, contatti eterosessuali prematuri, contatti omosessuali, ecc.. Ciò, evidentemente, pone una seria ipoteca sulla (ri)abilitazione sessuale dopo l'intervento chirurgico di correzione.

. **La fase di adattamento**, durante la quale avviene una elaborazione cognitiva ed emozionale della malformazione e delle sue conseguenze, dipende per durata e qualità da un insieme di fattori oggettivi, soggettivi ed interrelazionali.

I *fattori oggettivi* vedono, ovviamente, in primo piano la severità dell'incurvamento; se è associato a D.E.; qualora non associato a D.E., se consente la penetrazione; ed il deterioramento estetico (quest'ultimo elemento sconfinava spesso nella più pura soggettività).

Altro fattore oggettivo determinante nell'evoluzione della fase di adattamento è l'età in cui si prende coscienza dell'incurvamento del pene. È ovvio che maggiore è l'età e minori sono le conseguenze negative, poiché ci troviamo di fronte ad un soggetto più strutturato e più in grado di affrontare le difficoltà, ma ciò non è sempre vero poiché spesso può accadere d'osservare una lunga e paralizzante latenza inconscia prima dell'emergere della consapevolezza o l'improvviso crollo di un'impalcatura progettuale già molto avviata.

I *fattori soggettivi* dipendono dall'equilibrio somato-psichico-relazionale e dall'integrazione dinamica dei singoli elementi; dalla capacità di esprimere sentimenti e liberare le emozioni; dalla capacità di progettarsi e rimodellare i propri progetti.

Va poi evidenziato nella categoria dei *fattori soggettivi* il contesto socio-culturale nel quale vive il giovane con incurvamento del pene, i relativi valori di riferimento che ha assorbito e quelli ai quali è soggetto. In una cultura fortemente maschilista –ad esempio– una malformazione del pene e

la conseguente mancanza di rapporti sessuali sarà patita maggiormente, rendendo più difficile il superamento emozionale e la elaborazione cognitiva.

I *fattori interrelazionali* si sostanziano nelle esperienze affettivo-sessuali. La maggior rapidità e solidità dell'adattamento sarà, infatti, conseguente alla presenza o meno di esperienze sessuali, ed in caso affermativo alla loro qualità. Dipenderà poi molto dalle risposte affettive e sessuali delle partner, il cui giudizio, la cui comprensione ed accettazione possono risultare determinanti nell'accelerare la fase reattiva o concorrere all'aggravamento del quadro psico-sessuologico.

La fase reattiva, nella quale si attua la strategia risolutiva del problema, è in primo luogo dipendente dall'evoluzione della fase precedente ed dall'influenza dei suoi singoli fattori.

Dipende, poi, in particolare:

dal *Locus of control* del soggetto, ovvero da dove egli proietta la responsabilità dei successi e degli insuccessi della propria vita (un *locus esterno* favorirà molto il chirurgo, il sessuologo di sostegno e l'accettazione del risultato estetico post-operatorio);

dal contesto familiare, le cui caratteristiche socio-economiche e culturali potranno giocare un ruolo determinante nell'accoglienza della domanda d'aiuto del giovane e nell'attuazione dei comportamenti atti alla risoluzione delle problematiche inerenti. Molto importante sarà poi il sostegno affettivo che naturalmente, però, molto dipenderà dalle dinamiche pregresse.

La fase (ri)abilitativa. Da quanto appena esposto, la (ri)abilitazione risulta frequentemente necessaria. La correzione chirurgica dell'incurvamento, infatti, non sempre può bastare al ripristino di un equilibrio sessuale e psichico. Nel post-intervento si dovrà perciò procedere ad una attenta analisi delle risposte sessuali e –ove necessario- orientare il paziente verso un percorso sessuologico (ri)abilitativo o verso una psicoterapia, qualora emergessero psicodinamiche tali da compromettere sia la funzione sessuale che l'equilibrio psichico.

Il momento quindi più importante per offrire un supporto sessuologico o psicologico al paziente con recurvatum penieno congenito, si situa nel post-intervento, soprattutto perché –contrariamente a quanto avviene con gli incurvamenti acquisiti- il soggetto purtroppo rifiuta sempre un aiuto psico-sessuologico nelle fasi precedenti all'intervento chirurgico, ritenendo illusoriamente che quest'ultimo sia risolutivo a tutti i livelli.

Problematiche post-operatorie

Le più frequenti problematiche soggettive che emergono dopo la correzione chirurgica possono così essere schematizzate:

- Disfunzione erettiva disreattiva-funzionale
- Disfunzione erettiva psicogena
- Eiaculazione precoce

- Anorgasmia
- Anoressia sessuale
- Stato generico d'ansia associato all'attività sessuale
- Permanere delle difficoltà sessuorelazionali
- Permanere del vissuto d'inadeguatezza
- Permanere del *blocco* alla progettazione esistitivo-esistenziale
- Non accettazione del risultato estetico

Tali problematiche, va sottolineato, possono presentarsi singolarmente, associate in gruppi più o meno nutriti, o correlate a psicodinamiche compromettenti non solo la funzione sessuale ma anche l'equilibrio psichico.

A seconda della loro presenza e/o della loro rilevanza si procederà con:

- abilitazione sessuale, se il soggetto non ha mai avuto rapporti sessuali;
- riabilitazione sessuale, se i precedenti rapporti sessuali sono stati incompleti o insoddisfacenti;
- psicoterapia, se le problematiche suesposte si evidenziano come risultato di un significativo disagio psichico.

Il supporto sessuologico

Il supporto sessuologico si concreta in due direzioni essenziali: l'utilizzo di tecniche riabilitative dell'erezione, quando questa è impedita da una risposta disreattiva conseguente ad un'ansia d'attesa maturata nel tempo; e nell'addestramento alla gestione della fase orgasmica sia per quanto riguarda l'eiaculazione precoce che l'anorgasmia, nel caso che queste ultime non siano determinate organicamente o psicogenicamente.

Il contributo psicoterapico si orienterà, invece, nella riarmonizzazione dell'equilibrio somato-psichico-esistenziale. Obiettivi potranno essere, dunque, l'adeguamento dello schema corporeo; la rielaborazione dell'immagine di sé; la rimozione dei vissuti d'inadeguatezza e delle difficoltà affettivo-relazionali; lo scioglimento d'impropri intrecci psicodinamici, vere e proprie cause di dismorfofobie; il riavvio ad una equilibrata e congrua progettazione esistitivo-esistenziale.

Conclusioni

Da un punto di vista chirurgico, oggi, la correzione degli incurvamenti congeniti non è più un intervento d'avanguardia. Chi li pratica da anni li ha inseriti nella sua routine professionale ben sapendo che l'esito positivo sia estetico che funzionale è scontato.

Il giovane con *recurvatum penieno*, se si affida a mani esperte, può essere in pratica sicuro che il suo pene diverrà assolutamente normale e perfettamente pronto per funzionare. Non altrettanto

potrà invece dirsi della sua tormentata mente, dei suoi lacerati sentimenti, delle sue scarse relazioni sociali, dei suoi mutilati progetti di vita, della sua inespressa sessualità.

Lo stress della malformazione, vissuto di solito per molti anni in segreto e solitudine, logora le energie dell'adolescente, le assorbe completamente per sostenere il naturale slancio vitale piegato e soffocato dal più cupo pessimismo e da un'inseparabile tristezza. Tutto per lui è pesante perché non ha energie residue. La temporalità è coartata nell'unica dimensione possibile: l'oggi. Un oggi da dimenticare e da fuggire, senza un passato in cui confortarsi senza un futuro su cui lanciarsi. Così il domani non è che un altro oggi.

Le motivazioni comuni che allontanano le tenebrose nubi della morte dal nostro orizzonte, per il giovane con una malformazione genitale, non esistono: ogni manifestazione del suo esistere viene ricondotta alla sua anormalità bloccandone l'espressione.

Le ambizioni sono sogni, che spesso si trasformano in incubi. Ciò che è semplice diviene difficile perché la malformazione arretra nella condizione esistenziale del diverso, dell'incapace. Ciò che è naturale si trasforma in impossibile: anche l'istinto, costretto e represso, non riesce a declinarsi.

Oltre, dunque, al naturale affinamento delle tecniche chirurgiche, è necessario saper e poter offrire un valido supporto psicologico e sessuologico al giovane con incurvamento penieno congenito. Ma ciò non basta. L'elemento di maggior deterioramento psicosessuologico è costituito dal tempo. Più tempo passa dalla scoperta della malformazione alla sua correzione e più saranno severe le problematiche che si autogenerano.

E' pertanto indispensabile fornire ai giovani una chiara e corretta informazione sulla patologia che li affligge e sui modi per risolverla.

Una tempestiva informazione potrà ridurre al minimo la sofferenza della scoperta della malformazione, evidenziando le concrete possibilità di ripristino della normalità anatomica ed il conseguente corretto avvio della sessualità. Potrà inoltre comprimere i tempi di latenza prima dell'intervento correttivo impedendo l'insorgere di complicanze psicologiche, di difficoltà relazionali ed il blocco della progettualità.

Ciò è sicuramente compito del sistema sanitario nazionale e delle istituzioni scolastiche, ma è altresì compito dei singoli operatori della salute che vengono a contatto con i giovani, in primo luogo i pediatri, poi i medici di base, gli psicologi ed i sessuologi.