

APPROCCIO SESSUOLOGICO AGLI INCURVAMENTI PENIENI ACQUISITI

*Franco Avenia**

L'impatto psico-sessuologico dell'**Induratio Penis Plastica** nei soggetti che ne sono colpiti è sicuramente di forte rilievo. La malattia di La Peyronie, infatti, non solo destruttura sul piano organico e disabilita sovente la funzione sessuale, ma ferisce anche l'Io a livello soggettivo, nella sua più intima proiezione ed a livello intersoggettivo.

S'intersecano così lo sgomento e la paura tipicamente legati alla malattia, l'ansietà per la perdita della funzione sessuale, la ferita del narcisismo correlato alla virilità ed il senso d'inadeguatezza e vergogna nei confronti della partner.

“La malattia”

La malattia viene vissuta generalmente come qualcosa di oscuro e minaccioso, un tradimento, qualcosa che è dentro di noi indipendentemente dalla nostra volontà, che si è sviluppato a nostra insaputa ed a nostro danno e che si muove inesorabilmente verso l'annullamento del sé: la morte. E' questa infatti la preoccupazione dominante che notiamo al primo colloquio con il paziente. Importante è, dunque, chiarire da subito e assicurare in modo inequivocabile che – seppur a tutt'oggi non si conoscano le cause dell'IPP - non si tratta di una patologia pericolosa per la salute, ma esclusivamente di una problematica a carico del pene, che comunque può risolversi con adeguata terapia chirurgica. Va però, altresì chiarito che non si avrà mai un ritorno ad uno *statu quo ante*, in quanto l'IPP è comunque una patologia che degenera l'anatomia del pene e, dunque, la sua terapia è sostanzialmente ripristino totale della funzione e parziale dell'estetica. Si noti in proposito che il ripristino dell'estetica molto dipende dalla severità della patologia,

* Sociologo, Sofrologo, Consulente in Sessuologia. Membro del Consiglio Direttivo del Centro Italiano di Sessuologia. Direttore Editoriale della Rivista di Sessuologia.

ma anche dall'esperienza del chirurgo e dalla tecnica chirurgica adottata. Molti sono, infatti, gli interventi che lasciano il segno della circoncisione sul pene, anche se sono note tecniche alternative (G. Alei) che danno un miglior risultato estetico ed una garanzia di tenuta nel tempo.

Tornando al vissuto del soggetto con IPP, poiché manca l'individuazione delle cause e la prospettiva della guarigione nel senso del ritorno ad uno stato di salute antecedente all'insorgere della malattia, il soggetto malato è portato a ritenere che il percorso alternativo si sviluppi verso l'aggravamento e l'invalidità o, peggio ancora, verso l'espansione della malattia.

Nel caso dell'IPP, sappiamo che non solo non se ne possono individuare le cause, ma che non è altrettanto possibile, per la maggior parte dei casi, parlare di guarigione, limitandoci ad offrire la riabilitazione sessuale. Ciò può lasciare nel paziente un senso d'incertezza ed insoddisfazione, un vissuto di menomazione e paura della recidiva, che può generare, o rafforzare una sindrome ansioso-depressiva. Tale risposta emotiva, a secondo del tipo di terapia adottata, potrà produrre effetti diversi che possono essere evitamento del sesso, anorgasmia, anoressia sessuale e turbe più o meno gravi della libido. Determinante, perciò, diviene – ai fini di una perfetta riabilitazione sessuale – il lavoro di chiarimento e sostegno da affiancare a quello del chirurgo, per far giungere il paziente alla consapevolezza che l'Induratio Penis Plastica, con adeguata terapia, si supera con il perfetto ripristino dell'anatomia del pene e dell'erezione.

“La funzione sessuale e la coppia”

La compromissione della funzione sessuale, nell'ambito della malattia di La Peyronie, può aversi nel versante organico, come sappiamo, per incurvamento severo del pene, incompetenza venooclusiva, dolore.

Dal versante psicologico invece l'individuazione delle cause è più complesso, in quanto si mischiano fattori consci ed inconsci, soggettivi e relazionali.

A monte di tutto ciò sta il fatto che mediamente l'IPP insorge intorno ai 50-55 anni e quindi con una situazione di coppia generalmente stabilizzata. I valori di riferimento della coppia, le aspettative relazionali, le abitudini sessuali e la capacità di riprogettazione incidono, quindi, in modo determinante nell'aggravare o sfumare i sintomi, destrutturando o riorganizzando la vita sessuale. Va notato in proposito che un'eccessiva plasticità nel riprogettare la vita sessuale, evitando, ad esempio, sistematicamente la penetrazione, può far trascurare i sintomi, portando all'aggravamento della malattia o comunque a consolidare comportamenti sessuali *alternativi* che poi si radicano nella coppia distorcendo la sessualità.

Osserviamo ora che sia la *paura* del dolore che la vergogna, fattori spesso sottaciuti, solo apparentemente e superficialmente appartengono alla sfera del conscio.

Il dolore difatti rimanda immancabilmente a livelli più profondi, spianando la strada a vissuti a forti connotazioni emozionali quali l'inaccettabile umana condizione dell'incontrollabilità dei propri processi biologici e l'annullamento del sé.

Così come la vergogna non risulta solo espressione del disagio di mostrare una deformità o l'incapacità di espletare la funzione sessuale, essa rimanda al rifiuto della diversità, alla difficoltà di accettare di essere al di fuori della norma, implica la paura conscia ed inconscia di perdere il confronto con l'ipotetico *altro*, di non essere più competitivi.

Tutto ciò mina profondamente la sicurezza e scatena ansia, una forte ansia relazionale, che non è più commisurata alla diminuita capacità di provare piacere, ma alla difficoltà di offrire un'immagine di virilità e di procurare piacere.

Tale ansia relazionale – a volte non recepita- può produrre e di fatto produce spesso deficit funzionale, ipoattività del desiderio e comportamenti di evitamento del sesso, dalle internazioni fisiche e le rappresentazioni esplicite, fino ai riferimenti simbolici (comportamenti affettuosi, ecc.).

L'impatto emozionale quindi si ripercuote non solo sulla sessualità, ma anche sull'affettività, sul vissuto della virilità, sull'immagine di sé e l'autostima, passando immancabilmente attraverso il filtro dei valori, che ne modella e condiziona il riverbero sulla coppia.

Così le problematiche sessuali dei partner, in gran parte, non sono che le proiezioni dell'ansia del maschio e le sue frustrazioni.

Il vissuto relazionale della donna, si sostanzia nella sicurezza e nella potenza che il *maschio* riesce a trasmetterle; nel suo desiderio di essere fortemente desiderata. Ma l'uomo affetto d'I.P.P. (con il pene malato), trasporta all'interno della coppia i suoi turbamenti più profondi, proiettandoli sulla partner e quindi attribuendole minor desiderio e soddisfazione, o negandosi -veicolando a livello inconscio l'ansia che ne deriva- somatizzando un deficit erettile (funzionale).

Tutto ciò rimanda all'identità più profonda dell'uomo, al suo costitutivo determinarsi attraverso la sessualità, in altre parole all'essenza del suo vissuto di virilità.

“L'intervento sessuologico”

L'intervento sessuologico nel soggetto affetto da I.P.P. si articola in tre momenti: nella fase iniziale della malattia, in cui si attende che evolva per poter intervenire chirurgicamente; nella fase pre-operatoria e nell'adattamento post-operatorio.

Nella **fase iniziale della malattia**, in cui si attende che giunga a maturazione, l'apporto che il sessuologo può offrire si orienta in quattro direzioni distinte, ma convergenti verso la riduzione di possibili complicanze:

- a. stimolare, integrando il quadro diagnostico e terapeutico proposto dal chirurgo, una riflessione senza reticenze sugli immancabili riverberi della malattia in ambito sessuale;
- b. accertare l'eventuale presenza di disfunzioni sessuali preesistenti alla comparsa della malattia, e - ove si evidenziassero - contribuire alla loro rimozione;

c. osservare e seguire con il paziente ogni più piccola traccia che possa condurre verso una disgregazione del sé, poichè la comparsa dell'I.P.P. può essere vissuta proiettando dal pene verso l'Io un vissuto fortemente destrutturate;

d. consigliare il soggetto (ed eventualmente la coppia) in modo che non interrompano l'attività sessuale in attesa del ripristino anatomico e funzionale del pene, escludendo però comportamenti sessuali fortemente disadattivi che possono poi trasformarsi in cattive abitudini, difficilmente rimuovibili.

Nella **fase pre-operatoria** l'apporto sessuologico si sostanzia in chiarimento degli obiettivi, dimensionando le aspettative, individuando le possibili resistenze e valutando attentamente gli eventuali vantaggi che possono acquisirsi sessualmente nel caso d'impianto di protesi peniene.

L'obiettivo che deve rimanere chiaro è infatti quello della riabilitazione della funzione sessuale, non quello della guarigione nel senso di ritorno ad uno stato anatomico antecedente alla malattia. Per il raggiungimento di tale obiettivo deve, dunque, esser chiaro che è possibile (anche se non certo) che vi siano delle differenze tra il *prima* ed il *dopo*, quali – ad esempio -: un lieve accorciamento del pene; alcune eventuali zone con ridotta sensibilità; un'estetica del pene non perfetta; e che si debba entrare in un protocollo riabilitativo di farmacoterapia autoinfusiva; o imparare a gestire psicologicamente un impianto di protesi, apprezzandone anche gli indiscutibili vantaggi.

La **fase post-operatoria** va distinta a seconda che l'intervento sessuologico sia diretto al paziente operato o alla coppia.

Nel caso del soggetto operato, va ulteriormente distinto il percorso in relazione al tipo di intervento chirurgico eseguito. Se infatti il paziente è stato impiantato con protesi peniene, egli sarà seguito con l'intento di aiutarlo a rielaborare il proprio schema corporeo lacerato dalla malattia e dall'estraneità protesica; necessaria poi sarà la ricomposizione dell'immagine di sé con le sue proiezioni inconsce ed i derivati psico-relazionali; ed infine, verrà favorita la riprogettazione esistenziale, dando la necessaria stabilità agli equilibri somato-psico-relazionali.

Laddove invece non sia stato necessario l'utilizzo di protesi peniene, pur restando necessaria una rielaborazione dello schema corporeo ed una ricomposizione dell'immagine di sé –sicuramente in modo più sfumato rispetto ai soggetti protesizzati- si renderà opportuno un intervento psico-sessuologico volto al controllo degli stati emozionali –quale, ad esempio, il *Trainig Sessuale Sofrologico-*, onde ottimizzare il ripristino dell'erezione, poiché frequentemente risposte ansiose producono deficit erettile funzionale post-operatorio.

“La coppia”

L'intervento sessuologico diretto alla coppia si articola sostanzialmente in due momenti: la riarmonizzazione del rapporto ed il superamento delle problematiche riflesse della partner.

La riarmonizzazione della coppia deve essere completa, sia affettivo-relazionale che sessuale, soprattutto nei casi in cui problematiche interattive di rilievo fossero state presenti prima del manifestarsi della malattia. Essa diviene infatti l'insostituibile piattaforma che si evidenzia come condizione *necessaria* per la (ri)-costruzione di una soddisfacente vita sessuale dei partner.

Si tenderà così ad evitare o ridurre:

- scarsa di comunicazione, che sottende o produce mancato riconoscimento della riacquisita possibilità di avere soddisfacenti rapporti sessuali;
- evitamento di comportamenti sessuali, che con il tempo si può estendere anche ai comportamenti di natura semplicemente affettiva.
- atteggiamenti ansiosi, portatori di aspettative negative, con anticipazioni d'insuccesso, che immancabilmente conducono al deficit erettivo funzionale o eiaculazione precoce per l'uomo ed anorgasmia per la donna.

All'uopo si segnalano produttivamente i metodi di *ri-educazione sessuale* “step by step”, che si evolvono da comportamenti assolutamente inesigenti, a moduli esplorativi, fino a stimolazioni erotiche che conducono a interazioni complete, sia

sul piano fisico che su quello affettivo, in una progressiva liberazione del corpo e dell'immaginario.

Per quanto riguarda invece le problematiche riflesse della partner, esse possono, in primo luogo, manifestarsi con atteggiamenti protettivi e di eccessiva tenerezza, che sminuiscono l'*immagine virile*, e dai quali scaturiscono nel maschio profondi sensi di inferiorità con risposte disfunzionali d'ansia; in secondo luogo, possono aversi, sempre a carico della partner, atteggiamenti ansiosi, che spingono il maschio a difendersi, richiudendosi in un'introflessione depressogena, che può portare rapidamente verso l'anoressia sessuale.

Vanno notate poi le difficoltà della partner a superare il vissuto di *anormalità* dell'altro, con demitizzazione della figura maschile e conseguente perdita del desiderio sessuale e capacità di eccitarsi. Ciò porta spesso –accanto ad *eccessive* preoccupazioni sulla salute del proprio uomo- a non rispondere con naturalezza alle iniziative sessuali e a non proporsi mai in chiave erotica.

Da ultimo si sottolineano le ben note resistenze femminili ad accettare la farmacoterapia per la disfunzione erettile e le protesi peniene, vissute come artifici che coartano la loro possibilità (potere) di sedurre il maschio, con una essenziale *diminutio* della femminilità.