

Editoriale

Rivista di Sessuologia, fondata nel 1960. A cura del Centro Italiano di Sessuologia (CIS).
N.3. vol 24. E. Clueb, Bologna, 2000

ANDROLOGIA E SESSUOLOGIA: INTENTI DI MATRIMONIO O FIDANZAMENTO DI FACCIATA?

Nello scorso dicembre, si è tenuto a Ferrara un incontro dell'Andros Italia, associazione tra medici-andrologi, che ha accolto per un più ampio dibattito psicologi e sessuologi, impegnandosi in un confronto su alcune rilevanti problematiche andrologiche.

Il tema generale è stato presentato con la sintetica espressione: "difficoltà e limiti in andrologia".

Lodevole iniziativa che presumibilmente doveva fare il punto su: *dove è arrivata l'andrologia?*

La più pregnante risposta a tale domanda non poteva però essere di natura statica, poiché l'andrologia, in quanto disciplina scientifica, non può essere osservata criticamente altro che in chiave dinamica.

Lo "stato dell'arte" è in sé una cristallizzazione con valore illustrativo-didattico; l'individuazione di difficoltà e limiti, in una prospettiva scientifica, prevede l'indicazione di possibili vie per il loro superamento. Ed in questo senso un'indicazione è venuta, chiara e lodevole come l'iniziativa che l'ha promossa: l'andrologia va verso un caloroso abbraccio con psicologi e sessuologi. Un abbraccio nel tempo sollecitato da quest'ultimi e non proprio anelato, ma ragionevolmente ritenuto opportuno, dagli andrologi.

Era ora! Diranno alcuni. Ecco dove va l'andrologia! Diranno altri.

Calma, non affrettiamo le conclusioni, perché forse non è come appare, anzi...

Esperienza diretta ed indiretta ci mostrano che, al di là di episodiche dichiarazioni, la realtà è diversa e delinea ben altri scenari.

Per quel che può valere l'esperienza diretta, riferiamo –ad esempio e con puro spirito di cronaca- che, in due recenti tavole rotonde sul tema degli impianti di protesi peniene, cui partecipavano alcuni tra i massimi esperti italiani della chirurgia protesica peniena, l'opinione corrente -tranne pochi (uno o due!)- era orientata nel ritenere che il supporto psicosessuologico al paziente fosse superfluo sia in fase pre-operatoria che nel post-intervento.

Ciò, a detta dei più, sarebbe valso per il paziente come per la partner, valutando sufficiente un'esaustiva informazione sugli aspetti tecnico-pratici a cura del chirurgo andrologo.

Potremo allora chiederci: sono elementi marginali e trascurabili l'accettazione della trasformazione somato-psichico-relazionale, l'adeguamento dello schema corporeo, la valutazione ed il dimensionamento delle aspettative, la comprensione del transito verso una nuova sessualità, la cura della ferita narcisistica, l'allontanamento di eventuali fantasmi di castrazione, il sostegno di fronte ad una crisi dell'autostima, l'individuazione delle resistenze, la gestione delle molteplici risonanze relazionali, ecc., ecc.? E ancora: quale è il ruolo del sessuologo rispetto a tali problematiche? Quando ricorre alle sue competenze, solo allorché la riabilitazione si mostra difficoltosa? E infine: andrologia e sessuologia si devono incontrare esclusivamente quando una delle due si trova in un vicolo cieco o programmaticamente?

E' noto che la Società Italiana di Andrologia ha una Sezione di Sessuologia, presente con la sua produzione scientifica sia nella rivista della Società che nei suoi convegni, ma tutto ciò è sufficiente ad orientare ricerca e prassi diagnostico-terapeutica in modo sinergico o andrologia e sessuologia sono *separati in casa* prima ancora del matrimonio?

A dire il vero qualche incisivo tentativo di far convergere le strade si è già visto nel tempo. Citiamo, uno per tutti, il simposio satellite 1° *Incontro Romano di Andro-Sessuologia*, organizzato e presieduto dal prof. Giovanni Alei nel 1998, sotto l'egida del Centro Italiano di Sessuologia, parallelamente al primo Convegno Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Genitale Maschile.

Il simposio, infatti, merita la citazione per tre precipue caratteristiche, non formali ma sostanziali: primo, il titolo, battezzato con il nome "andro-sessuologia", indica con estrema chiarezza un'evoluzione delle due dimensioni scientifiche che avvicinandosi ed interagendo possono dar conto *compiutamente*, sia a livello diagnostico che terapeutico, di quella atipica realtà delle problematiche legate alla sessualità (non solo andrologiche come non solo sessuologiche); secondo, il tema, "Il contributo psico-sessuologico alla terapia chirurgia della disfunzione erettile", che prevedeva per ogni patologia da affrontare chirurgicamente un approccio sessuologico pre e post-operatorio, orientando verso una complementarietà andro-sessuologica; terzo, il significativo gemellaggio con un convegno superspecialistico, avente per oggetto la chirurgia peniena, a testimonianza di una individuata necessità di completare gli aspetti puramente tecnico-oggettivi con rilievi soggettivi e relazionali, considerati altrettanto importanti ai fini dell'ottimizzazione delle terapie chirurgiche e della riabilitazione *sessuale* del paziente.

Detto ciò, passiamo dall'esperienza diretta a quella indiretta, ampliando il tema delle riflessioni.

Nel Giornale Italiano di Andrologia, vol.6/3-4 sett.-dic. 1999, si apre – o meglio, si approfondisce- a cura di C. Pavone, un dibattito che da tempo era nell'aria in ambito andrologico: "Deficit erettile (DE): minimalismo diagnostico nell'epoca del Sildenafil".

Nodo centrale, dunque, del dibattito "l'approccio diagnostico essenziale al paziente con disfunzione erettiva", come già ventilato da F. Montorsi, sempre sul Giornale Italiano di Andrologia nel 1998 (5:16-21). Ovvero, come propone Pavone, riduzione al minimo dell'iter diagnostico della D.E.. Una riduzione che si sostanzia nell'anamnesi, l'esame obiettivo, il Viagra-Test.

"Cosa c'interessa –si domanda Pavone- sapere se il DE è di natura psicogena, o diabetica, o da iniziale sclerosi vasale e/o endoteliale, quando comunque prescriveremo il Viagra?"

Forse –si può rispondere- interesserà poco a chi preposto alla diagnosi ed alla terapia, ma sicuramente interesserà molto a colui che *ha* il deficit erettile! Forse, o meglio, sicuramente è suo diritto conoscere l'eziologia della *sua* disfunzione.

"Dottore –scrivono M. Sarteschi e P. Turchi, intervenendo a commento nella stessa sede- vorrei capire che mi sta succedendo, io sto bene, sono in piena salute, perché mi capita questo?" è la domanda che talvolta ci viene rivolta e l'atteggiamento che l'andrologo si trova spesso ad osservare, è esperienza quotidiana, è quello del paziente che riferisce di aver rifiutato la prescrizione del Viagra da parte del medico di medicina generale."Dottore, non mi dia il Viagra, io voglio una cura, voglio tornare quello di prima".

Già, la cura, la terapia. Secondo il senso comune, come cioè l'interpreta solitamente il "malato", la terapia è sinonimo di rimozione delle cause morbigene. Egli, l'uomo malato, intende e richiede una terapia eziologica, non sintomatica e tanto meno protesica, almenochè non sia imprescindibile. Ciò, pertanto, prevede una individuazione chiara, netta, dell'eziopatogenesi alla base del processo morboso. Diviene infatti opportuno spiegare con chiarezza *dov'è che c'è qualcosa che non va, cos'è che non va..*

"A volte anche se si è abbastanza certi di un deficit erettile di origine psicogena è necessario sottoporre il paziente ad alcuni accertamenti (che saranno certamente negativi) per rassicurarlo e convincerlo della sua buona salute fisica".(Gruppo di Studio della SIA su "Valore della diagnostica e della terapia del deficit erettile". Andrologia '96. Monduzzi Ed., 1996, 93-97). (Aggiungiamo, per completezza, che spesso il paziente non è affatto rassicurato dall'essere in buona salute fisica, temendo molto di più un problema psichico e, quindi, richiede spontaneamente ulteriori accertamenti che possano ricondurre la patologia in ambito organico).

Se *comunque* si *prescriverà il Viagra*, come sostiene Pavone, sarà indispensabile – aggiungiamo noi- chiarire che si tratta di una terapia sintomatica temporanea da seguire fintanto

che non si rimuovano le cause a monte, come nel caso di D.E. psicogena o funzionale (perché questo dovrebbe essere il fine ultimo) o che si tratta di una terapia farmacoprotesica, nel qual caso bisognerà saperne gestire gli inevitabili riflessi psicosessuologici.

La disfunzione erettiva, per i suoi effetti immediati e diretti sulla sessualità, si correla sempre con vissuti profondamente radicati, che costituiscono la base dell'essere *uomo*. Essa interagisce coinvolgendo elementi anatomofisiologici, intrapsichici e psicorelazionali, modificando sensibilmente e circolarmente i percorsi cognitivi, gli stati emozionali ed il comportamento, non escluse le risposte esterne che esso sollecita.

Fino ai primi degli anni '90 la disfunzione erettiva era più largamente indicata con il termine d'impotenza. Impotenza, termine che può far paura, che evoca fantasmi, ma che, seppur nei suoi riferimenti più socio-culturali che medici, rimanda alla totalità dell'uomo che ne è portatore, ricordandoci che quel pene è indissolubilmente e significativamente parte di un uomo.

Poi, via via, l'espressione impotenza è stata sostituita dalla locuzione "disfunzione erettiva". Un derubricamento, non solo conseguente ad una modernizzazione del linguaggio e ad un suo ammorbidimento, ma, accentuatamente, una delimitazione di tipo organicistico e sintomatico.

Se tale tendenza, però, può essere accettabile in una prospettiva strettamente andrologica, dove l'impossibilità di conseguire o mantenere l'erezione *può* essere considerata come l'essenza stessa della patologia e non come il sintomo che la evidenzia; in un'ottica sessuologica la problematica erettiva *non può* essere scomposta dal soggetto che ne è afflitto, misconoscendo il coinvolgimento totale della persona.

E non è solo una questione di competenze (la *disfunzione erettiva* agli andrologi e l'*impotenza* ai sessuologi), poiché il successo terapeutico, la ritrovata erezione, può manifestarsi solo apparentemente o temporaneamente risolutivo se non si è data la debita attenzione a ciò che la origina, la sottende, la motiva e la mantiene.

Una diagnosi essenziale *sic et simpliciter* può trasformarsi in una terapia *hic et nunc*, mettendo a fuoco il versante sintomatico-meccanico della problematica ed oscurare, al contempo, l'aspetto più rilevante: l'insieme, ove realmente risiedono cause e vissuti che originano le evidenze disfunzionali.

Da un punto di vista strettamente epistemologico, un marcato riduzionismo, indubitalmente efficace in gran parte delle branche della medicina, risulta utile (se non necessario) anche in molti casi andrologici, ma, altrettanto indubitalmente, si mostra problematico ed inappropriato per quanto riguarda la D.E..

Assistiamo infatti ad una frammentazione, una deglobalizzazione che enuclea rigidamente l'evento erettivo dal sistema olistico che lo esprime. Una decontestualizzazione che scinde ciò che è per sua natura incindibile: l'evento erettivo dalla sessualità.

V. Gentile, che interviene sull'argomento nel citato numero del Giornale di Andrologia, così scrive: “*L'approccio diagnostico <<essenziale>> andrebbe riservato al paziente la cui DE è secondaria ad altra patologia già evidenziata e trattata da un punto di vista clinico. Tuttavia è proprio in questa situazione che l'andrologo dovrebbe adottare un comportamento clinico di estremo rigore che richiede la capacità di raccogliere la storia sessuale e di valutarla in chiave psicologica, di eseguire un'anamnesi ed un esame obiettivo accurati e, quando necessario, di richiedere esami di laboratorio e strumentali di pertinenza specialistica..*”

Ora, apprezziamo molto la sensibilità di Gentile nel sottolineare la necessità di *raccogliere la storia sessuale e di valutarla in chiave psicologica*, così come troviamo apprezzabile il passo in cui, più avanti, include nella *valutazione di base* un'accurata *anamnesi sessuologia* (gli ultimi due corsivi sono dell'Autore), ma al tempo stesso ci chiediamo: è una promessa di matrimonio diretta alla sessuologia o un intento di avocare all'andrologia competenze psico-sessuologiche? (dubbio che potrebbe essere confermato nel vedere chiaramente esclusa dalla *pertinenza specialistica* la sessuologia).

D'altro canto, tanta sensibilità scientifica potrebbe apparire come un “lusso” se ci fermassimo alle affermazioni di Pavone che intende risolta la problematica della D.E. esclusivamente per mezzo della riabilitazione sintomatica a seguito di somministrazioni di farmaci per via orale (Sildenafil) o intracavernosa (PGE1) o mediate l'impianto di protesi peniene.

Egli esclude altri “presidi terapeutici scientificamente *dimostrati*”, ponendosi saldamente all'interno di una prospettiva naturalisticamente impostata, tenendo così fuori ogni possibile approccio del fenomeno da parte delle *scienze dell'uomo*. Non considerando, pertanto, che il confine dell'andrologia si sovrappone spesso, fino a confondersi, proprio con queste scienze.

Se pensiamo, ad esempio, al riflesso psicossessuologico che una delle terapie appena citate (la farmacoinfusione intracavernosa) può avere sul paziente, ci rendiamo conto che, dopo un iniziale sollievo per il ripristino della funzione erettiva, nascono riflessioni e vissuti capaci di spostare radicalmente il tema della istanza terapeutica.

Dopo il primo periodo, in cui ci si giova della ritrovata erezione, la farmacoinfusione viene vissuta come vicaria della propria virilità e nei casi in cui non mostra le sue possibilità terapeutico-ribilitative, ma diviene *sostitutiva di capacità* erettiva, compare lo spettro della cronicizzazione e della farmacoprotesizzazione, con tutti i riverberi psicossessuologici che possiamo immaginare. (Non è forse solo a vantaggio della modernizzazione del linguaggio che

sta andando a scomparire il termine *farmacoprotesi*, molto utilizzato fino a pochi anni fa, e che ora è più comunemente sostituito dal rassicurante *farmacoterapia*.)

La paura della cronicizzazione spesso spinge il paziente a consultare altri specialisti nella speranza di trovare una soluzione radicale al suo problema. Soluzione alternativa che spesso non c'è, ma che altrettanto spesso esiste, seppur non *scientificamente dimostrabile* a priori.

Esiste l'altra metà dell'uomo, che non è soggetta al peso ed alla misura, ma che può essere determinante sia nel produrre cause patogene sia nel rimuoverle. A questa metà, ineffabile e sfuggevole, non si attaglia né la verificabilità galileiana né la falsificabilità neopositivista, ma privarla di una sua possibilità di esprimersi e di lasciarsi comprendere, significa privare l'uomo di una sua reale possibilità di *cura*.

Il dibattito dunque, lontano dall'esser chiuso, mostra tutte le sue sfaccettature, che son poi quelle proprie dell'essere umano.

Trovare gordianamente e perentoriamente una conclusione significa soffocare l'afflato di superamento che è insito in ogni scienza. Così come cercare concordia a tutti i costi può essere oscurante e limitativo.

Psicologia e sessuologia accolgono al loro interno tradizioni scientifiche diverse, impostazioni epistemologiche contrastanti, scuole di pensiero e modalità d'intervento antinomiche, perché l'andrologia dovrebbe essere così monoliticamente coerente?

C'è poi tutta questa concordia in andrologia? A ben leggere il dibattito citato può non sembrare. Ugualmente possono non trovare pareri concordi alcune affermazioni ed alcune strategie terapeutiche illustrate nella parte monografica di questo numero della nostra Rivista. Il ritenere – ad esempio- che le possibilità di allungare il pene siano velleitarie e che spesso gli interventi d'allungamento siano accompagnati da “rilevanti complicanze morfologiche e neurologiche”, forse, non troverà tutti i chirurghi andrologi d'accordo. Così come la focalizzazione diagnostica delle disfunzioni veno occlusive e l'opportunità d'impiantare con protesi peniene giovani ventenni non potranno suscitare un coro di consensi.

Ma il progresso scientifico è fatto di confronto e di dibattito.

“Non facciamo come gli struzzi – invita Pavone- almeno parliamone!”

Ed accogliendo il suo invito abbiamo continuato a parlarne anche noi, dal nostro punto di vista, dalla nostra *tribuna*. Tribuna che, come sempre, rimane aperta a tutti coloro che desiderano dar voce alle proprie idee, per il progresso della sessuologia e dell'andrologia, per il bene dell'uomo *malato* che chiede aiuto per capire e per guarire.

Franco Avenia