

MINERVA DERMATOLOGICA

Anno XXXII - N. 5 (Maggio) 1957

G. MANGANOTTI

**Rilievi sulla psicologia di soggetti
con uretriti non gonococciche**

EDIZIONI MINERVA MEDICA

GILBERTO MANGANOTTI, *Direttore*

Rilievi sulla psicologia di soggetti con uretriti non gonococciche

Tutte le indagini finora condotte mirano a trovare una conveniente risposta alla domanda: *cosa sono le uretriti non gonococciche?* studiando con attenzione particolare quale ne sia la natura, come si svolgano, come si trasmettano, eccetera.

Non ancora proposto o se mai appena accennato è invece l'altro interrogativo che pur coinvolge una serie di problemi non meno appassionati di quelli eziopatogenetici: *chi sono gli uretritici non gonococcici?*

Interrogativo che in verità si affaccia a proposito di qualsiasi forma morbosa perchè appare sempre più incalzante la necessità di conoscere oltre al fatto patologico anche la completa individualità del malato.

Gruppo alquanto singolare questo delle U.n.g. che da un lato si connette e si confonde con le altre malattie veneree, mentre se ne discosta per diversi aspetti, quali la non obbligatoria contagiosità e la varia eziologia; che da un lato si avvicina alle forme infettive e dall'altro a quelle schiettamente endogene; gruppo che raccoglie casistiche disparate perfino con malati che a volte sfiorano la psicosi con ossessioni e fobie, e che ad ogni modo per il suo progressivo accrescersi acquista ormai un valore sociale oltre che scientifico, sia a proposito della terapia, sia nei riguardi della profilassi.

Appunto per l'importanza delle questioni e per i molti punti ancora non chiariti, ritengo che una impostazione un po' particolare dei problemi ed una valutazione d'ordine psicologico e sessuologico valgano per lo meno a mostrare nuovi e non sterili orientamenti di studio.

Sotto certi aspetti una parte degli uretritici può essere accomunata agli altri soggetti che contraggono

una qualsiasi affezione venerea e come loro ammalati ai primi o addirittura al primo rapporto sessuale, oppure dopo un'attività più o meno intensa e prolungata. Per molti l'affezione è per così dire la contropartita, un tempo quasi regolare e obbligatoria, oggi fortuita e occasionale, dei rapporti sessuali praticati con svariate persone. E' di tutta evidenza e non necessita certo di dimostrazione il fatto che nelle infezioni veneree, come in tutte le infezioni, le probabilità di contagio saranno tanto maggiori quanto più alto il numero delle occasioni d'esporsi a possibili fonti del contagio stesso. Si potrebbe anzi tracciare un indice rapportando il numero dei coiti col numero dei soggetti: quanto più questo rapporto è prossimo all'unità, tanto più emerge il carattere di promiscuità della vita e della sessualità degli individui e tanto più probabile sarà il contagio.

Queste banali constatazioni hanno solo lo scopo di giustificare la distinzione tra coloro che hanno contratto una U.n.g. come una qualsiasi altra affezione venerea, per rapporti fisici transitori, promiscui, per lo più su base commerciale, e coloro che si sono ammalati del tutto occasionalmente in relazioni più o meno fisse e durature e perfino coniugali.

Ciò naturalmente per quelle forme di uretrite che appaiono trasmissibili e che si ritengono da contagio venereo, forme la cui percentuale è troppo diversamente segnalata per poterne desumere una norma precisa, ma forme che costituiscono una indubbia quota di tutte le U.n.g. in generale.

Vi è poi l'altra parte dei soggetti nei quali la uretrite è insorta senza precisi rapporti con l'atto sessuale ed in cui molte volte non si rinvencono fattori eziologici di nessuna specie: le cosiddette uretriti amicrobiche che rappresentano un punto particolarmente nevralgico della questione. E' bene precisare che non sempre i due fatti coincidono e che possono riscontrarsi uretriti da cause biotiche in soggetti che non hanno rapporti sessuali e viceversa uretriti così dette amicrobiche che paiono insorgere dopo rapporti.

Val la pena di esaminare se le caratteristiche psicologiche degli individui di questi due gruppi possiedano tonalità differenziali od elementi a comune che possano valere a contraddistinguere tutta la categoria.

E' sotto questo aspetto che tenterò di delineare il profilo del « venereo » in generale e dell'uretritico in particolare. Ed è superfluo che io precisi anche »

proposito di questo lavoro, come ho fatto per altri miei in tema di medicina psicosomatica, che mi propongo soltanto di esporre alcuni criteri di orientamento, non certo di esplorare a fondo un terreno irto di incognite e di disperate questioni.

Considerazioni sull'ammalato « venereo »

E' solo dopo l'ultima guerra che l'interesse per i problemi psicologici porta a valutare anche i pazienti con malattie veneree sotto la luce dei più moderni concetti sull'uomo. E per quanto le indagini finora condotte siano ancora estremamente limitate come numero, specie se si considera la sovrabbondanza e spesso la superfluità dei lavori di terapia, di sierologia, di così detta sociologia sulle malattie veneree, i risultati e le interpretazioni sono in un accordo esemplare e confortante, di non trascurabile nè ignorabile significato.

La maggioranza dei venerei, appunto come si è prima accennato, son dediti ad una vita sessuale promiscua. E' questa un'osservazione quanto mai ovvia ed antica che è stata però costantemente sottovalutata. Si sono infatti sempre presi in considerazione i problemi — certo di eccezionale importanza dal punto di vista sanitario — della malattia e della trasmissibilità, nella giustificata e nobilissima ansia di curare e di prevenire i contagi, ma non ci s'è preoccupati abbastanza di risalire al perchè tanti individui ricercassero quella promiscuità sessuale che, per ragioni probabilistiche, offriva necessariamente il migliore e più fecondo terreno di sviluppo alle infezioni.

Solo in tempi recenti, fuori di interpretazioni o troppo rigidamente moralistiche od eccessivamente permeate di concetti fisiologici ed economici, si è venuto delineando il profilo dell'uomo — e della donna — che slittano prima e si dedicano poi ad un costume di promiscuità sessuale, intendendo con ciò la ricerca e la concessione di rapporti sessuali transitori, meramente impulsivi o basati su criteri commerciali di dare e avere (non solo moneta corrente, evidentemente, ma comunque pagamento in natura per oggetti, privilegi, posizione sociale, successo...).

Anche se i due sessi molto diversificano nella dinamica del fenomeno, in entrambi il più delle volte si rintraccia un incontenibile *bisogno di fuga che trova o crede di trovare, appunto nella promiscuità e nei*

rapporti sessuali un mezzo — anzi il mezzo più semplice e più naturale — *per evadere da situazioni di disagio*. Disagio anzitutto e soprattutto di ordine psichico, anche se sembra molte volte risiedere in deprecabili e deprecabili condizioni economiche e sociali.

Questi stati di disagio, troppo comuni per costituire un indice significativo, debbono colpire individui più di altri predisposti per provocare un particolare atteggiamento qual'è appunto quello della promiscuità sessuale. E da molteplici indizi appare evidente, in gran parte dei soggetti, uno stato di *immaturità emozionale* che esigerebbe da solo un approfondito e lungo esame, ma del quale basterà sottolineare alcuni elementi per tracciarne le caratteristiche e mostrarne l'importanza.

Prima però è necessario precisare un altro punto, quello cioè che riguarda la *necessità dell'impulso sessuale*, il bisogno dell'accoppiamento. Si può infatti prospettare la questione da tutto un altro lato ed affermare che la promiscuità sessuale è la legittima e fatale conseguenza di un prorompente e incontenibile bisogno sessuale. Alla luce delle più moderne concezioni fisiologiche appare che vi sono troppi e mirabili mezzi automatici di regolazione delle funzioni per ammettere che quella sessuale debba, una volta maturata, accrescersi ineluttabilmente fino a divenir traboccante. Basta pensare ai provvedimenti di feed-back (retroazione) neuro-umoral, senza dei quali l'organismo non potrebbe sussistere; basta richiamare, per citar un esempio, il gioco delle gonadotropine e degli ormoni sessuali che automaticamente inibiscono o stimolano l'uno o l'altro settore della loro attività; basta ricordare l'azione inibente sull'ACTH che un determinato tasso di idrocortisone esplica, per esser indotti ad ammettere che anche la funzione delle gonadi deve fruire dei provvedimenti di autoregolazione che si riscontrano in tutta la economia.

Non è oggi più sostenibile la concezione di un aumento continuo, poniamo, di androgeni che dovrebbero esser poi i responsabili di un accrescersi senza freno dei bisogni sessuali fino ad un livello difficilmente dominabile; tanto è vero che un eccesso di testosterone blocca le gonado-stimoline ipofisarie. Così come sappiamo che nella donna quando il tasso di estrogeni (ormoni che dovrebbero essere fattori del suo appetito sessuale) raggiunge un certo limite, per

la trasformazione proprio di tali estrogeni in prodotti ossidati nel fegato, vengono fornite sostanze ad azione stimolante della luteotropina la quale, cambiando la situazione ormonica, modifica le tonalità psichiche e affettive del soggetto, che assumono quindi un andamento ciclico, assai più controllabile di quel che sarebbe un incremento unidirezionale.

I processi di autoregolazione e di feed-back ovunque presenti e sempre meglio illuminati dalle ricerche, permettono di affermare che anche la base ormonica della funzione sessuale appare regolata ed equilibrata fisiologicamente.

Se impulsi incontrollabili o mal dominanti si verificano, questi hanno piuttosto che un'origine ormonale — salvo naturalmente i casi di disendocrinia e decisamente patologici — una ben più fondata origine psicogena.

Ed è appunto lo stato di immaturità che porta a comportamenti e ad impulsi sessuali promiscui e disordinati.

Nel mondo moderno molteplici fattori concorrono ad ostacolare il raggiungimento della piena maturità emotiva, in modo più evidente nel maschio. Senza soffermarsi sul fatto che in generale il bimbo è più di frequente frustrato nel suo bisogno di tenerezza e di protezione nella famiglia, proprio perchè è il maschio e deve assumere un comportamento stereotipo e tradizionale soggiacendo ad una sorta di maturazione forzata, di virilizzazione ante lettera, va rimarcato che troppo spesso e quasi sempre troppo presto il figlio viene espulso e deve uscire dal nido familiare. Per obblighi scolastici, per necessità di lavoro, per l'imperio di leggi militari o di eventi bellici. Perchè sempre più spesso, l'ambiente familiare è disertato dalla madre, dedicata ad occupazioni che — se pur meritevoli per i vantaggi economici che di solito apportano — tendono però a farle assumere atteggiamenti e caratteristiche che non le appartengono, impedendole di svolgere i compiti connessi alla sua missione, alla sua struttura, al suo immutabile significato. Perchè, in altri e sia pur meno frequenti casi, la madre evade i suoi doveri e depone i suoi diritti in mano di parenti o di educatori, scaricando il bimbo a istituti o a governanti, comunque tentando con il comodo alibi morale delle competenze, di giustificare il suo egoismo, le sue manchevolezze, la sua frivolità e i suoi rimorsi. Perchè infine il padre è

non di rado un distratto e trascurato ospite della famiglia, oscillante fra la tentazione di lasciar la prole a casa e di andarsene per i fatti propri e il desiderio, per ipercompensazione, di rimorchiare i figlioli a ogni spasso dei « grandi » scampagnata o spettacolo che sia, immettendoli in ambienti del tutto inadatti se non addirittura dannosi.

Per tali e tanti altri motivi del genere, il bimbo, il fanciullo o la ragazza, si trovano defraudati di quella specie di incubatrice che è la famiglia e, pur maturando forzatamente sul piano intellettuale, non trovano clima adatto a sbocciare emozionalmente. Il giovane vive così in una continua e vana ricerca della famiglia e della madre, frustrato nei suoi bisogni affettivi senza aver avuto modo di realizzarsi in pieno ed armonicamente e pertanto incapace di affrontare l'esistenza con le sue asperità e le sue insidie.

Non bisogna inoltre dimenticare che la famiglia ha tra l'altro anche la funzione di consentire e di *tutelare il periodo dei giochi del fanciullo*, periodo di esercitazione e di preparazione alle più complesse attività future (cfr. Burjtendijk l.c. pag. 131 « Le jeu comme tendance libératrice). Ed è forse non inutile aggiungere, anche per sbizzare un altro aspetto della sessualità, che nel corso della filogenesi si fa sempre più manifesta la tendenza a ritardare l'epoca dello sviluppo sessuale, a lasciar un maggior spazio per l'individuo giovane, sessualmente immaturo, non gravato, per così dire, del peso di questa funzione. Tendenza che, palese in varii mammiferi, è ben apprezzabile nei Primati e si afferma, concludendosi, con l'Uomo.

Questo intervallo, questo spazio, consentono una estrinsecazione di vita a più largo raggio, una maggior libertà di azione, un meno rigido e schematico comportamento e costituiscono la più ampia riserva di possibilità per l'avvenire.

Quanto maggiori la libertà e il tempo per il giocare, quanto più tardivamente si raggiunga la maturità sessuale, tanto più vaste risulteranno le capacità di apprendimento e le possibilità di sviluppo e di integrazione a tutti i livelli. Da ciò deriva *l'importanza della durata di azione dell'ambiente familiare*.

Affermando che l'uomo ha bisogno delle cure familiari per un periodo di tempo assai più lungo, proporzionalmente alla durata della vita, che qualsiasi altro mammifero superiore, Comfort (1950) dice: « During this period his normal social and intellectual

development depends almost wholly on the stability of the family, and on the dynamics of the relationships with exist within it... The family is a uterus from which the child must not be expelled inutil gestation is over » (l.c. pag. 50).

E' inoltre, per la costruzione armonica dell'individuo, *necessario un pieno accordo fra lo sviluppo fisiologico della sessualità e quello psichico ed emozionale*. Ora è evidente che pel primo, salvo stati morbosi, pochi ostacoli si oppongono ad una piena maturazione e che quindi tale funzione è passibile di piena realizzazione ad una età relativamente costante e giovanile; mentre per le ragioni ora accennate, lo sviluppo della sessualità emozionale sarà assai variabile e suscettibile dei più complicati inceppamenti.

Troppo spesso l'individuo si trova così a possedere una funzione in sè compiuta che non sa però dominare contenendola nei suoi esatti limiti e considerandola nel suo giusto valore; nelle condizioni di poter usare indiscriminatamente un'arma perfetta che non dovrebbe tuttavia essergli consentita fino a quando non ne conosca le possibilità e la pericolosità.

In questo contrasto fra maturità fisiologica e immaturità psichica, in questa disarmonica situazione dello sviluppo, il giovane potrà prendere due atteggiamenti fondamentali, procedere in due direzioni divergenti.

O cercherà la soluzione della propria esistenza in una solitudine aggressiva, sdegnosa e antisociale, racchiuso in una scettica indifferenza che ostacolerà e distorcereà ogni sviluppo interiore. Oppure cercherà, quanto più presto le circostanze lo consentiranno, come amante la donna che gli era sfuggita come madre. Il dilagare delle relazioni sessuali fra i giovanissimi delle scuole medie, fenomeno dimostrato con risonanti cifre da molte inchieste e da ancor più risonanti scandali, e fenomeno su cui si mostra sbigottita la società attuale, non è che logica conseguenza dello svuotarsi delle funzioni di nido, di riparo, di incubatrice e di rifugio della famiglia.

Ma il realizzare troppo precocemente, sotto la pressione della inquietudine e dell'ansia, l'atto sessuale senza quasi conoscere l'amore che lo dovrebbe governare, porta a delusioni tanto più intense, drammatiche e lesive in quanto si sovramettono alle altre in precedenza sofferte: alla madre, alla famiglia inconsistenti e dissolte prima di avere avuta la indispensabile e necessaria protezione, nulla può esser

sostituito ed anche la donna, sotto l'aspetto di amante, non riesce ad essere che un inefficace surrogato, che tuttavia verrà da alcuni inseguito con incalzante disperazione.

In questi individui, in fondo, pur essendo raggiunto un discreto grado di maturità sessuale è immaturo lo sfondo emozionale, frustrato il bisogno di affetto e di protezione, richiesto alla famiglia. *Più che nell'individuo, le cause del disagio psichico vanno cercate nell'ambiente circostante e nella difficoltà dei rapporti interpersonali.*

« Il successo nei rapporti sessuali — dice Philp (1952) — dipende da soddisfacenti rapporti personali. Se si fa del sesso un compenso ai sentimenti d'inferiorità, alle mancanze emotive in altre direzioni della vita... l'esperienza risulterà insoddisfacente » (l.c. pag. 60).

Continua ancora lo psicologo: « Il sesso perchè sia nella sua miglior condizione perchè sia un'esperienza soddisfacente e duratura richiede personalità mature » (l.c. pag. 61).

E' perfino superfluo rammentare che, come dice esattamente Sapirstein (1951): « a healthy sexual relationship is always the result of a healthy interpersonal relationship » (l.c. pag. 162) e val la pena di citare questo pensiero conclusivo dello stesso A.: « the one defect which universally causes anxiety, in all cultures, is the loss of capacity to make effective contact with other human beings — in effect, isolation » (l.c. pag. 19).

In seguito, gli atteggiamenti che possono venire successivamente assunti rivestono anche in questo caso un duplice aspetto.

O dopo le prime esperienze, alla delusione seguirà un'ondata di disprezzo verso l'amore e verso la donna che sarà riguardata come una semplice portatrice di genitali, un essere inferiore, tutt'al più promuovibile a compagna non differenziata di studi, di lavoro, di giochi magari anche erotici.

Questa promiscuità a scarsa polarità differenziale ed a bassa tensione emotiva potrà portare in seguito verso l'omosessualità, solo sentimentale più di frequente, realizzata qualche volta; senza dire poi delle eventuali turbe della funzione sessuale che possono giungere fino all'impotenza, come ho esposto in altro lavoro (cfr. Manganotti: « Considerazioni sull'impotenza sessuale dell'uomo », 1957).

Oppure il giovane si dedicherà a moltiplicare le avventure, passando da una all'altra e tentando di raggiungere, in un continuo variare di persone, ciò che inesorabilmente sfugge perchè non è stato mai.

Si può per incidenza segnalare che in alcuni casi, ancora per fortuna rari da noi, ma tuttavia non trascurabili, per cercare un maggior pimento in tali avventure, per accrescerne il significato, si fa ricorso all'*alcool* e perfino agli *stupefacenti*: l'incremento nell'uso delle droghe nell'attuale società, ben lontano dallo sbalordire, deve apparire come una tragica ma prevedibile conseguenza delle condizioni in cui si sta dissipando la vita della famiglia, delle coppie e degli individui. Nessuna legge e nessun Bureau internazionale contro gli stupefacenti riuscirà a costruire un rimedio atto a sanare questa piaga, fino a quando si limiterà a considerare il sintomo senza risalire all'eziologia di una delle più evidenti *malattie sociali*.

Più spesso però, per eliminare qualsiasi preambolo sentimentale ritenuto o futile o compromettente, il giovane cercherà con le prostitute vaganti o nelle case di tolleranza — sotto l'apparente giustificazione di appagare una necessità fisiologica — un rifugio ove scordare i suoi problemi; rifugio che pur umiliandolo non disdice al suo desiderio inconscio o inconfessato di autopunizione. Si adatterà così ad una specie di protezione da ricevere e da accordare a chi in fondo considera non dissimile da lui per l'infelicità, le delusioni, l'amarezza e il disgusto della vita che, tutto sommato, possiedono in comune.

Una gran parte dei soggetti dediti alla sessualità promiscua, se si tolgono quelli spinti da una momentanea curiosità, più spettatori occasionali che attori in questo piccolo dramma dell'esistenza quotidiana, è costituita dunque da individui nei quali la manifestazione della sessualità è espressione di uno stato di disagio psichico, individui non maturi emozionalmente, frustrati nell'affetto familiare, che cercano il più spontaneo ed elementare dei modi per evadere dalla loro situazione dissestata.

Queste considerazioni sembreranno illusorie o per lo meno strane o addirittura inutili a coloro che credono di conoscere lo stato di integrità o di malattia della funzione sessuale ispezionando con solerzia i genitali o cercando con sagaci occhi ogni sorta di microrganismi che contaminino i suddetti organi. Ma tali considerazioni, dedotte dalle osservazioni fatte in

oltre 20 anni su pazienti, un tempo così numerosi, di malattie veneree ed estese ai soggetti con forme sessuologiche varie e psicosomatiche, credo possano esser condivise da quei Colleghi — e sono certo la maggioranza — che non limitandosi a considerare soltanto il fatto morboso, si sono preoccupati di comprendere anche l'intera personalità del paziente, com'è sempre stato del resto nella tradizione della venerologia.

Alcuni studi recenti offrono una significativa conferma alle opinioni ora esposte, sulla base di dati che è doveroso segnalare, sia pure in modo molto sommario. Wittkower nel 1948 in uno studio sull'aspetto psicologico delle malattie veneree in 200 soldati dice gli individui dediti alla sessualità promiscua « are often seriously emotionally disturbed » bisognosi di assistenza e di guida. L'A. ricorda che un trattamento psicologico fatto su un vasto gruppo di ragazze dedite alla sessualità promiscua e affette da M.V. ha cambiato la condotta e il modo di vivere in un sesto dei soggetti. Egli ritiene che l'attività sessuale venga usata « as a safety valve for pent-up tension, anxiety and hatred ». E precisa che abitualmente gli individui a sessualità promiscua non raggiungono mai una piena maturità sessuale.

Dar colpa di ciò — afferma Wittkower — a « biological sexual urge » sarebbe come proclamare che la sete è responsabile dell'alcoolismo cronico.

Anche secondo Pahmer (1948) i problemi della promiscuità e delle M.V. derivano dall'errato pensiero secondo cui si considerano gli aspetti fisici della sessualità completamente scissi dalla vita emotiva e affettiva dell'individuo.

Dall'esame della letteratura l'A. osserva che risulta molto spesso che i pazienti sono maturi fisicamente e intellettualmente, ma « retarded in emotional and social area ».

Indagini col Rorschach in un gruppo di ragazze hanno mostrato maggior tendenza nevrosica che nei controlli e pur non essendovi definiti elementi a comune « immaturity, impulsivity and anxiety were frequently observed ». Ed anche l'A. afferma che « The venereal patient uses sexually as an instrument for the release of psychological conflict ».

Sutherland poi in un largo e completo esame sui fattori individuali e sociali nelle M.V. (1949) conclude dicendo che « nel trattamento delle M.V. tutto il paziente dev'essere studiato e trattato così come si

studiano e si curano i suoi organi infettati. *La malattia venerea è un sintomo piuttosto che un'entità a sè, un'espressione di un cattivo adattamento e di una disarmonia emozionale sia interiore che esteriore* » (Venereal disease is a symptom rather than a closely entity, an expression of internal or external emotional maladjustment and disharmony).

A questo largo gruppo di persone dedite alla promiscuità sessuale nei suoi svariati aspetti, differenti a seconda della situazione sociale, culturale, economica degli individui e dei Paesi, appartengono dunque — per ragioni probabilistiche — la pluralità dei sofferenti di malattie veneree e, necessariamente, una quota degli uretritici non gonococcici accumulata ai « venerei » per il costume di vita e per lo sfondo psichico.

E' questione secondaria e trascurabile sotto il punto di vista che qui si sostiene, sapere se in realtà l'U.n.g. è stata sicuramente contratta con i rapporti sessuali e quale ne è l'eziologia. Per il soggetto, ciò che è di fondamentale valore è il fatto che l'affezione è la conseguenza della sua attività sessuale ed è ad ogni modo connessa con la sessualità.

Si comprende come *il comportamento e la reazione alla malattia* assumano aspetti differenti a seconda della situazione dell'individuo, del suo grado di maturità emozionale. Vi sarà pertanto il venereo per così dire incallito, cronico, ormai adattato al suo modo di risolvere il problema sessuale, che accoglierà tranquillamente l'infortunio, minimizzandone l'importanza, fidando nell'efficacia delle moderne e tanto reclamizzate terapie, poco curando gli eventuali strascichi della forma e mantenendo magari con assoluta indifferenza una modesta secrezione uretrale che sa non contenere il famigerato gonococco.

E vi sarà il soggetto più ansioso che rivelerà tale tendenza nella preoccupazione con la quale considera la malattia che vuol curare bene e a fondo, anche esagerando di sua iniziativa le dosi e la durata delle cure prescritte, variando non di rado medicine e medico: rappresentando, in fondo, « in minore » il tipo ossessionato che ben conosciamo e che allo stato puro non appartiene, in genere, alla categoria dei venerei, come dirò più avanti.

E vi sarà infine il tipo più chiaramente immaturo il quale nella lesione genitale, anche se accolta con apparente serenità, vedrà una specie di castigo per le colpe commesse, una punizione alla vita promiscua e corrotta che conduce.

In questa sottocategoria il paziente, facile agli abbattimenti, incline alla depressione, portato spesso a drammatizzare gli avvenimenti della vita, carica o scarica sull'uretrite la tensione emotiva, l'inquietudine, il disagio dei quali è preda e tende anch'egli ad ossessionarsi per la malattia di cui è portatore, alla quale di solito attribuisce inoltre il corteo dei sintomi vaghi, dei piccoli disturbi ora gastroenterici, ora, e più facilmente, costituiti da astenia, da cefalea, da disappetenza, tutti di pretta marca psicosomatica e che in realtà sono collegati assai più ai precedenti psichici che alla forma in atto.

Tali soggetti sono doppiamente importanti, da un lato perchè necessitano evidentemente di un'assistenza medica che va ben al di là delle consuete e sia pur razionali e ponderate prescrizioni; dall'altro perchè costituiscono per così dire il gruppo di transizione — attraverso tutte le sfumature facilmente immaginabili e in realtà verificabili nell'osservazione clinica — verso gli uretritici non venerei, cioè non dediti a vita sessuale promiscua, che rappresentano una parte cospicua di pazienti e dei quali conviene ora occuparsi.

Considerazioni sull'uretritico con gonococcico

Gli uretritici non gonococcici non venerei (che si designeranno ormai con U.n.g.n.v.) si distinguono dagli altri per la scarsità dei rapporti sessuali e non di rado per la monocromaticità di questi; perchè nè il soggetto nè i dati anamnestici consentono il più delle volte di stabilire un legame di causa-effetto tra coito e uretrite; perchè molto spesso, almeno nella mia casistica, concomitano o precedono fatti a carico dell'apparato intestinale; perchè infine le uretriti tendono a protrarsi, ad assumere carattere cronicizzato e quasi sempre a recidivare ripetutamente e spontaneamente in assenza di rapporti sessuali o di evidenti cause occasionali.

Per questo tipo di decorso, per la resistenza alle più varie terapie, il malato è molte volte tormentato dalla sua affezione che finisce per diventare una specie di incubo, una fissazione continua che può arrivar ad ostacolare lo svolgersi delle normali attività.

Nessun dubbio che in varii casi l'uretrite riconosca una precisa eziologia batterica, virosica o protozoaria e che la persistenza debba ricercarsi nella inefficacia

dei mezzi terapeutici finora a disposizione e qualche volta nella mancanza di precisione della diagnosi eziologica e nella conseguente inutilità della cura (uretriti da trychomonas trattate con penicillina, da enterococco sovraccaricate di streptomina ecc., sono evenienze tutt'altro che eccezionali).

Ma restano le forme male inquadrabili ed a reperti negativi, le così numerose forme « amicrobiche », e soprattutto rimane il quesito su quanta parte abbiano da un lato gli agenti eziologici, la eventuale inattività dei farmaci e dall'altro il soggetto stesso in tutta la sua interezza e nella sua personalità.

Queste premesse teoriche richiedono chiarimenti e delucidazioni. E anzitutto si affaccia la domanda: quale è la situazione psichica dell'uretritico non venereo?

Già da vari anni ho raccolto con particolare attenzione dalla casistica sessuologica esaminata nella Clinica di Siena e di Bologna, le forme di uretrite non gonococcica. Allo studio accurato di parte di tali forme si è dedicato il mio Aiuto Prof. Agostini svolgendo un programma di indagini psicologiche sotto il consiglio e la guida del Prof. Canestrari, incaricato di Psicologia nell'Università di Bologna, al quale sono lieto di esprimere il mio cordiale ringraziamento. Il Prof. Agostini ha già esposto al Congresso Nazionale della S.I.D.E.S. nel 1955 in una comunicazione preventiva, alcune considerazioni generali d'ordine psico-sessuologico, ed ha continuato nella sua valida e premurosa collaborazione specie per quanto riguarda il Thematic Apperception Test, il Rorschach e le indagini caratterologiche di cui altri miei allievi stanno attualmente occupandosi su larga scala tanto in malati di forme veneree quanto in dermopazienti, con lavori parte pubblicati (cfr. Gigli, 1956, 1957), parte in corso di stampa.

Complessivamente, delle molte centinaia di malati (le cifre riguardanti la Clinica di Bologna sono riportate nella tabella I e rappresentate nei grafici 2 e 3) si sono selezionati quei soggetti che già ai primi interrogatori offrivano note degne di interesse dal lato psicosessuale. Su tali pazienti si è proceduto alle seguenti indagini (oltre a quelle, ben s'intende, di ordine corrente come la ricerca dei batteri, delle forme virali, del trychomonas):

1) Raccolta, in vari colloqui, dell'anamnesi psico-sessuologica, mettendo specialmente in luce l'inizio, il

TABELLA I. — *Numero complessivo dei malati visitati per la prima volta al dispensario antivenereo della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Bologna; numero dei soggetti con uretrite gonococcica e con uretriti non gonococciche e percentuale di queste sul totale dei pazienti.*

Anno	N. totale malati	N. uretriti gonococciche	N. uretriti non gonococciche	% delle U.n.g. sul totale dei pazienti
1945	2.136	780	134	6,2
1946	2.219	652	192	8,6
1947	1.880	848	164	8,5
1948	1.439	574	112	7,7
1949	1.794	638	103	5,7
1950	1.439	550	179	12,4
1951	1.973	478	385	19,5
1952	2.577	521	616	23,9
1953	2.840	434	525	18,4
1954	2.732	466	482	17,6
1955	2.291	463	522	23,1
1956	2.323	372	502	22

ritmo, il tipo dell'attività sessuale e la tonalità affettiva;

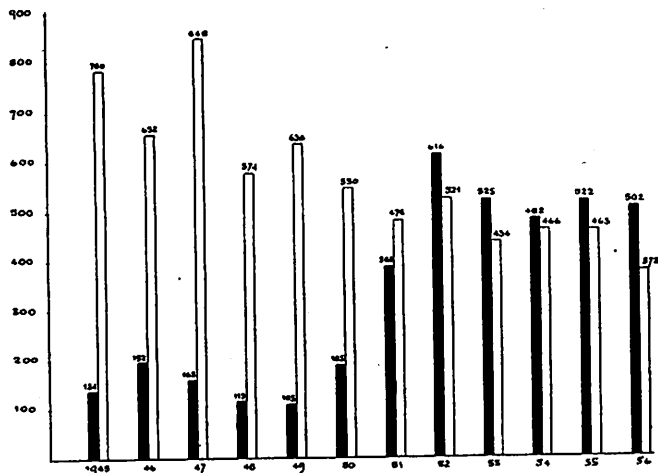
2) Racconto libero integrato da esame associativo;

3) Somministrazione del *Thematic Apperception Test* (T.A.T.) (in vari casi prima e dopo endovenosa di preparati amfetaminici.

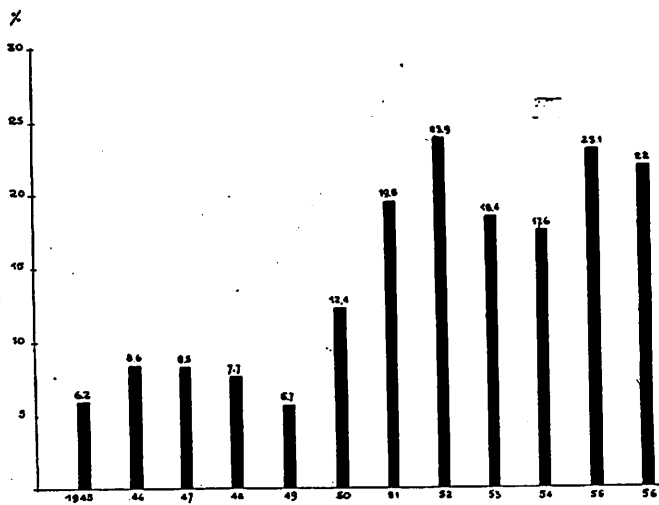
In un certo numero di pazienti è stato applicato anche il *Test di Rorschach*; quando è sembrato necessario un esame più approfondito è stata eseguita la *narcoanalisi*. Molti soggetti sono stati inoltre sottoposti anche all'*esame caratterologico* secondo un questionario tipo Heymans-La Senne con modificazioni per uso clinico da noi apportate, che verranno rese note in successive pubblicazioni.

La selezione dei casi, imposta dal genere della ricerca, vieta necessariamente qualsiasi riferimento statistico che indurrebbe a false valutazioni. D'altro lato ciò che preme mettere in risalto non è tanto il numero e la percentuale dei casi, quanto il tipo di essi.

Nell'insieme, le annotazioni qui esposte si riferiscono ad un centinaio di soggetti, tratti dalla casi-



ANDAMENTO DELLA FREQUENZA DELLE URETRITI GONOCOCCICHE E NON GONOCOCCICHE OSSERVATE NEL DISPENSARIO ANTIVENEREICO DELLA CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELL'UNIVERSITA' DI BOLOGNA



PERCENTUALE DELLE URETRITI NON GONOCOCCICHE SUL NUMERO COMPLESSIVO DEI MALATI DEL DISPENSARIO ANTIVENEREICO DELLA CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELL'UNIVERSITA' DI BOLOGNA

stica degli ultimi 4 anni. Si può ritenere che gli altri malati costituissero nella maggioranza il grosso delle uretriti microbiche e appartenessero o al tipo del « venereo » su ricordato, ora con evidente, ora con non apprezzabile compartecipazione emozionale; o a quel gruppo di individui, privi di dati caratterizzanti, nei quali l'uretrite era scontata come una qualsiasi altra modesta affezione, senza particolari risonanze psichiche: in essi i quesiti erano perciò esclusivamente confinati nei settori della eziologia e della terapia, di cui non è mio compito riferire in questo lavoro.

Nel gruppo di casi prescelti e unicamente qui considerati ho potuto notare che — tolta una minoranza a sviluppo sessuale normale — in massima parte prevaleva la tendenza a un'attività eterosessuale piuttosto tardiva, verso i 20 anni, e alquanto scarsa. In tutti appariva inoltre un senso di insicurezza, di incertezza verso la donna, ricercata non di rado quasi per metter a prova la propria virilità, o in seguito ad incitamento dei compagni, più che per impulso spontaneo: era palese una grave preoccupazione per la malattia, considerata quasi sempre da contagio venereo e gravida di conseguenze per la funzione sessuale; si rivelava un vivo timore di far conoscere ai familiari la natura dell'affezione; ed emergeva infine una tendenza a drammatizzare il proprio stato.

Su tale sfondo, quasi sempre affiorano piccoli segni emotivi o nevrosici, dalla tachicardia alla sudorazione, dalle turbe gastroenteriche all'agitazione psicomotoria, dall'insonnia all'ansia, fenomeni che non debbono certo stupire data la tonalità psichica dei soggetti, la quale tuttavia, pur apparendo abbastanza uniforme, è in realtà molto complessa.

Se è infatti abbastanza agevole comprendere la psicologia dell'uretritico che ho chiamato di tipo venereo, meno facile è intendere qual'è la natura e lo sfondo dei soggetti cui ho adesso accennato e che mi sembrano costituire il tipo, od almeno uno dei tipi più caratteristici degli u.n.g.n.v.

Interrogatori attenti, prolungati, ripetuti, la valutazione dei modi con i quali si è iniziata e si svolge la loro vita sessuale, l'approfondita conoscenza dell'ambiente familiare e sociale, i risultati infine dei vari Test e specialmente del T.A.T. mi autorizzano a segnalare quelli che mi son apparsi come gli elementi fondamentali che riallacciano tra loro i vari pazienti, i dati riscontrati se non nella totalità almeno in una larga maggioranza dei casi.

Tali elementi sono: 1) *dipendenza dai genitori*; 2) *aggressività*; 3) *insoddisfazione sessuale e desiderio d'amore deluso*; 4) *ansia*.

Variabili nella loro quantità, nei reciproci rapporti, questi dati risultavano tuttavia evidenti in moltissimi soggetti i quali si sono prestati alle varie indagini con un'indifferenza specialmente rimarchevole se raffrontata all'eccessiva e spesso drammatica preoccupazione per l'uretrite in atto.

Le « note caratteristiche » ora nominate andrebbero ricercate su un ben più ampio numero di individui sia sani sia portatori di altre affezioni per poterne vagliare la eventuale specificità. A tal proposito stiamo conducendo nella Clinica da tempo una serie di lavori che non è ancora il momento di riferire. E' d'altra parte evidente che gli elementi ora detti contrassegnano un assai vasto gruppo di persone, come mostra la letteratura e come abbiamo constatato anche noi; nè del resto avevamo mai preteso di rintracciare dati patognomonici per questa o per quella malattia, pretesa che appare assurda, semplicistica e puerile solo ad enunciarela. Si vuol dire unicamente quali caratteristiche emergono, secondo le indagini effettuate, senza con questo affermare, neppur in lontana ipotesi, che tali caratteristiche siano collegate ad una determinata forma morbosa. Si precisa soltanto che nei pazienti in esame erano apprezzabili alcuni atteggiamenti a comune con discreta costanza e con evidenza sufficiente a dedurre alcune considerazioni.

Un adeguato esame di ognuno degli elementi ora ricordati esigerebbe una lunga e dettagliata discussione, tuttavia anche senza approfondirla, appare di per se evidente lo stato di immaturità psicosessuale dei pazienti.

La *dipendenza dai genitori* è molto forte ed è contrassegnata spesso da un timore eccessivo non solo verso il padre, giudicato spesso troppo severo, ma anche verso i familiari in genere, cui è attribuita un'autorità eccessiva e sproporzionata o al grado di parentela o all'età dei congiunti.

A questo esagerato timore son collegati la mancanza di confidenza con gli altri, la tendenza ad una vita piuttosto solitaria ed introversa, donde uno stato di insicurezza, di disagio e di ansia, tradotti non di rado in atteggiamenti aggressivi tanto nei rapporti con la famiglia quanto nei rapporti col mondo esterno.

Non è fuor di proposito notare che anche nei riguardi del lavoro questi individui hanno di preferenza *un'attitudine marcatamente agonistica e competitiva* piuttosto che di cooperazione e di collaborazione. Ed è anche questo un atteggiamento che denuncia l'im maturità. Dice per esempio Saul (1947) che una caratteristica della maturità è la relativa emancipazione da « constellation of inferiority feelings, egotism and competitiveness » (l.c. pag. 9). Nell'adulto possono rivivere verso i superiori, i datori di lavoro, talvolta perfino i compagni o i colleghi, i sentimenti del bimbo verso i genitori, i suoi sforzi per vincere lo stato di inferiorità e di debolezza propri dell'età, nel tentativo di imitarli, di competere con loro nel miraggio di superarli, di adeguarsi al mondo dei grandi con un eccesso di ambizioso amor proprio che caratterizza certi periodi dello sviluppo e che è una rivalse dello stato d'inferiorità in cui si trova il bambino, ma che nel volgere degli anni deve ridursi a proporzioni più limitate ed armonizzate con le altre facoltà interiori. Poichè l'individuo maturo, qualunque sia la sua condizione sociale non deve aver complessi d'inferiorità, giustificato appannaggio solo della vita infantile o del nevrotico. Perchè *nell'individuo maturo la maggior soddisfazione nel lavoro* — in ogni settore e ad ogni livello — *deve derivare dall'uso sociale delle sue attività sulla base di una fraterna collaborazione*, non su quella di astiose competizioni rese dure dall'invidia, dal risentimento, dall'amarezza e tormentose dall'angoscia che tradiscono e traducono invariabilmente uno stato di immaturità. In proposito dice ancora Saul (l.c., pag. 10) « L'universale senso di inferiorità che tormenta il genere umano e produce la folle lotta per il prestigio e per il potere è dovuto in massima parte al senso di infantilità dell'adulto e al suo impulso frustrato verso un'identificazione con il genitore ».

Pensiero analogo a quello ora detto dello Psichiatra dell'Università di Pennsylvania, esprime lo Psicologo Philp quando afferma: « Un uomo che avverte un senso d'inferiorità molto profondo può cercare di recuperare sicurezza di sè mediante conquista nell'ambito del sesso, ma egli può anche farlo per motivi simili a quelli di un altro uomo che lotta per ottenere la sicurezza di sè procurandosi una grossa fortuna. In tali casi il sesso e il danaro non sono ricercati per quel che rappresentano in se stessi, ma per il supposto accrescimento della personalità che possono

arrecare alla personalità frustrata di un uomo o una donna » (l.c., pag. 64-65).

Questo atteggiamento verso la famiglia e verso il mondo esterno — ben apprezzabile oltre che dai colloqui anche dall'esame con il T.A.T. — vale a lumeggiare *il comportamento verso la donna*. La quale donna è considerata in maniera incerta, indeterminata, con diffidenza, talvolta quasi come una superfluità, e ad ogni modo senza quella semplicità, quella cordiale scorrevolezza di rapporti che di norma esistono fra i due sessi. Tale diffidenza e tale mancanza di sicurezza può, almeno in parte, spiegare l'inizio tardivo della vita erotica, l'attività modesta, le delusioni, gli scetticismi o gli sconforti in tema d'amore, il desiderio di questo e l'insoddisfazione sessuale.

Sembra che i soggetti da un lato non si siano ancora svincolati dalla madre (in oltre un terzo dei casi apparivano evidenti note del complesso d'Edipo) e dall'altro non abbiano ancora saputo effettuare il viraggio verso la donna. Ne deriva un comportamento ambiguo ora con sentimenti aggressivi verso la madre quasi fosse ritenuta la responsabile (e forse in qualche caso lo può essere davvero) della non raggiunta libertà, del vincolo di soggezione che tuttora sussiste, del timore con cui vien considerata, fatto più di paura del castigo che di rispetto; ora con desideri di evasione e tentativi di staccarsi dalla famiglia isolandosi in un'apatica indifferenza, e cercando attraverso qualche rapporto sessuale di raggiungere l'indipendenza. Ma l'individuo non è adatto al rapporto sessuale che gli reca in fondo modesto piacere e, appunto per ciò, delusione e amarezza. Perchè, pur maturo dal lato genitale, non si sente ancora in grado di affrontare la donna in cui vede — per una specie di diplopia — contemporaneamente la madre e l'amante, a volte confuse, a volte sovrapposte, quasi mai ben distinte e staccate. Ed anche perchè teme che la donna e il fare all'amore non gli siano ancora permessi dai genitori o dal complesso familiare. E perchè insomma non si sente in pieno possesso della sua virilità, che d'altra parte crede di poter usare liberamente, dato che per cronologia e persona ne ha pieno diritto.

E' logica conseguenza il fatto che il soggetto, non conscio di questi eventi, in realtà si occupi e si preoccupi molto dei suoi genitali sui quali senza volerlo e senza saperlo proietta parte dei suoi problemi, della sua insicurezza, in ultima analisi da questi organi provocata e sostenuta. Ed è ancor più evidente che una

minima lesione e tanto più una uretrite acquisti così un alto valore e renda evidente lo sfondo psichico dell'individuo: ancora egocentrico, come il bimbo, e quindi occupato del suo male e delle conseguenze che possono derivarne a lui stesso, non già della possibile pericolosità (presumibile anche se infondata) per gli altri; tanto timoroso dei familiari che è allarmato al pensiero che possan venir a conoscere il suo infortunio; puerile per le futili domande che pone, per la meticolosità preoccupata con cui compie le cure e per le ispezioni che fa tanto spesso all'organo leso.

URETRITI A COMPONENTE PSICOGENA

L'osservazione del comportamento di questi malati, il valore smodato che accordano a sintomi tenui e sfumati che i soggetti maturi non considererebbero nemmeno; la tenacia con la quale si sforzano di cogliere una sia pur minima traccia di secrezione a quasi compiaciuta conferma del persistere della malattia; l'ansiosa ricerca di medicine, la sollecitazione insistente di esami, anche se dolorosi, fanno seriamente riflettere sulla *importanza che lo psichismo può assumere nelle uretriti non gonococciche*.

Si corre qui il rischio di avventurarsi su un terreno poco solido. Tuttavia il metodo di ragionamento per analogia che tanto trionfa con i « cervelli elettronici », non dovrebbe riuscir dannoso se applicato anche al nostro pensiero biologico.

E' ormai ampiamente dimostrato ed accolto il concetto che i *fenomeni emotivi possono ripercuotersi ed esplicare azioni sul sistema neurovegetativo ed endocrino sulla muscolatura volontaria e su svariati apparati ghiandolari*. Le strutture nervose ed i processi neurofisiologici delle integrazioni coinvolte in tale serie di fenomeni sono ormai abbastanza bene messi in luce e largamente riportati in una letteratura che va facendosi sempre più ricca e vasta. Sono stati da me recentemente tratteggiati e riassunti nella mia *Relazione sulle Dermatosi emozionali* (1956) alla quale rimando per evitare qui inutili ripetizioni.

Appare ormai ragionevolmente chiarito che le *ghandole sudoripare apocrine*, quelle *ceruminose del condotto uditivo* a loro omologhe (Shelley 1954-56), quelle *lacrimali*, quelle *labiali*, quelle *della mucosa della bocca e del naso* (Holmes, 1950) sono direttamente in rapporto con situazioni emotive e con la vita psichica cui rispondono sia con aumento sia con diminuzione

della secrezione (cfr. specialmente: Obermeyer, 1955 ed anche Allington, 1950; Robin, 1954; Sulzberger, 1954, ecc.).

Ciò ho riferito in dettaglio appunto nella suddetta Relazione e ritengo quindi superfluo insistervi. Senza dire poi della copiosa messe di indagini e di osservazioni cliniche sull'attività delle *ghiandole salivari, gastriche* e dell'apparato digerente in generale, su cui si son raccolti moltissimi lavori e si son elaborate concezioni patogenetiche che vanno sempre più accreditandosi (cfr. specialmente Wolf, 1943, ed anche Margolin, 1950; Szasz, 1950; Winsor, 1950, ecc.).

E senza soffermarsi a prender in esame i dati circa le influenze psichiche sui *fenomeni secretivi bronchiali* (Stevenson, 1950), e senza tener conto, infine, delle ricerche sulla *variazione della essudazione cutanea da cerotto cantaridato* (Kepecs, 1951) e di tutte le indagini condotte per dimostrare le *oscillazioni nella permeabilità dei vasi* (Graham, 1950; Graham e Wolf, 1951) nel flusso della linfa, nella temperatura ecc. sempre sotto influenze psichiche. Osservazioni tutte che ormai largamente documentano che *le funzioni ghiandolari sono influenzabili dalla situazione emozionale* e ad essa rispondono attraverso un complesso di circuiti ormai abbastanza bene delineati, sia con ipo, sia con ipersecrezione.

Non mi sembra pertanto eccessivamente ardimentoso od erroneamente estrapolato ammettere che anche le ghiandole uretrali (e con probabilità tutte quelle annesse al sistema genitale del maschio) abbiano la possibilità di risentire, di reagire e di rispondere alle diverse situazioni emotive.

E' perfino superfluo, a tal proposito, richiamare la uretrorrea ex libidine da tutti conosciuta e da tutti ammessa come espressione di uno stato di eccitazione emotiva erotica; o tirar in campo i troppo ovvi ed evidenti fenomeni vascolari dell'apparato genitale connessi con le situazioni psichiche, per dimostrare come la mucosa uretrale e tutto l'organo siano fra i più evidenti testimoni delle interrelazioni psicosomatiche. Ciò che se mai turba è il constatare come poco si sia tenuto conto di queste inter-relazioni in tema di patologia uretrale. Di sicuro, perchè i ricercatori son stati troppo occupati finora nella indagine degli agenti eziologici esterni sperando con ciò di spiegare tutti i fatti patologici; molto probabilmente, perchè la stragrande quantità di uretriti microbiche sommergeva e nascondeva ancora ieri altre manifestazioni; forse anche per la forma mentale tutt'oggi pervasa delle concezioni batteriologiche dalle quali non osiamo ancora svincolarci e cui d'altra parte siamo debitori

di tanta somma di cognizioni: certo è che non è ancora stato affrontato questo aspetto dei problemi e che il momento sembra ormai venuto perchè si debbano prendere in considerazione i fattori psichici anche per le affezioni dell'apparato genito-urinario.

Sia ben chiaro però che con questo pensiero non si intende prospettare un nuovo modo d'intendere la patologia uretrale o genitale. *Si vuol solo precisare che in alcuni casi appare verosimile ammettere che turbe della mucosa uretrale possano esprimere ed esser correlate a situazioni psichiche particolari; e si desume che le alterate condizioni della mucosa valgano poi a costituire un terreno particolarmente favorevole per il successivo impianto di azioni lesive sian queste sostenute da microrganismi, da fattori chimici esogeni od endogeni o da fattori fisici.*

Mi sembra pertanto che si possa prospettare una serie di possibilità patogenetiche ordinata secondo un valore crescente dei fattori psichici (e verosimilmente decrescente delle noxe biotiche o chimiche o fisiche che siano). Vi saranno forme nelle quali solo l'incontro con la noxa, in genere microbica, è pienamente sufficiente a suscitare il fatto morboso e vi saranno forme in cui per l'azione della noxa sempre più necessita la collaborazione, per così dire, dell'organismo: evento questo invocato in tutta la patologia. Si prospetta qui che alcune volte la collaborazione sia specialmente di ordine psichico e si attui modificando la mucosa uretrale soprattutto in rapporto delle sue ghiandole, in analogia con le indiscusse azioni che stati emotivi esplicano su altri apparati ghiandolari, su altri fenomeni di secrezione, oltre che su altre funzioni dell'intera economia.

Ma assieme alla possibile azione, o collaborazione, psicogena locale, va considerata anche una *azione psicogena indiretta*, attraverso alterazioni di altre funzioni alla loro volta poi passibili di influenzare il distretto genitale e la mucosa dell'uretra.

Appare perfino superfluo indicare come l'apparato digerente sia fra i primi a manifestare alterazioni in seguito a stati psichici anormali, e come le correlazioni entero-genitali abbiano da tempo una larga base di studi e di osservazioni. Se si aggiungono i reperti batterioscopici, sui quali non mi soffermo, con la dimostrazione di germi della flora enterogena nell'essudato uretrale, si potrà ammettere che le influenze dei fattori psichici sull'apparato digerente possano in ma-

niera diretta o indirettamente aver correlazioni con certe forme uretrali.

E' presumibile dunque che uretriti possano verificarsi col concorso di fattori psicogeni i quali potrebbero o per azione sulla mucosa uretrale o tramite alterazioni, psicogene anch'esse, dell'apparato digerente (e forse anche di altri apparati) favorire l'effetto di noxae altrimenti inefficaci o solo transitoriamente lesive e spontaneamente dileguantisi.

Ma oltre a queste uretriti a componente psichica più o meno importante e determinante, comunque a valore di semplice cofattore patogenetico, io credo possa prospettarsi anche la possibilità di *uretriti primitivamente psicogene*, nelle quali il movens essenziale è il fattore psichico, senza del quale le forme non si realizzano.

L'eventualità di tali forme nettamente psicogene è collegata e convalidata dai casi di *venereofobia*, in particolare da quelli che designerò come di *uretritefobia* e che costituiscono come una specie di preambolo, di prova in bianco, di manifestazione sine materia, è proprio il caso di dirlo, delle altre.

Non è certo opportuno parlare delle forme di *venereofobia* che ritengo di precisa spettanza, secondo quanto ho ripetutamente scritto, della psichiatria assieme a tutte le altre fobie; nè è quindi il caso di discutere l'opinione sostenuta da vari AA. (cfr. Fénichel, 1951) che la *venereofobia* pura rappresenti una forma mascherata di desideri sado-masochisti. Si può dire però che dalle forme pure — cui tutti noi *venereosifilografi* ci siamo imbattuti — si passa quasi senza transizioni ai casi — ed anche di questi ne abbiamo visti parecchi — in cui un rudimento esiguo di secrezione uretrale è appena percettibile, in cui un lieve stato congestivo del meato esiste, ma in cui non abbiamo saputo decidere quanto potesse esser dovuto a noxae vere e proprie e quanto all'opera assidua dei pazienti stessi che manipolavano, spremevano e bistrattavano il pene con una tenacia ed una costanza degne di cause molto migliori. E da tali casi, sia pur poco comuni, si passa a quelli più frequenti in cui dopo una vera uretrite di qualsivoglia natura, e talvolta primitivamente, la estrema povertà dei sintomi, l'assoluta inefficacia delle molteplici terapie tentate, la situazione emotiva del soggetto (quando beninteso si abbia il desiderio e il tempo di studiarla, con maggior passione ed attenzione che non il famigerato

« vetrino » o le più nobili « culture ») fanno ritenere che lo stato di irritazione dell'uretra sia mantenuto e, per dir così, sfruttato dal paziente stesso. Tanto questo è vero, che in non pochi casi un conveniente trattamento psicoterapico in assenza, anzi con proibizione di qualsiasi cura locale e generale, ha portato a guarigione forme che parevano inveterate e che erano fonte di grave preoccupazione.

Casi del genere son noti del resto nella letteratura (Barinbaum, 1932,; Dunbar, 1954).

E' verosimile che in tali malati si abbia una « proiezione » sull'uretra di stati di disagio psico-sessuale o addirittura nevrosici che si rivelano così in via somatica per uno di quei complessi fenomeni su cui la Medicina Nuova richiama l'attenzione con tanta insistenza e tanta ricchezza di indagini di psicanalisti, di psichiatri, di neurofisiologi e di clinici.

Vanno inoltre accennate, sia pur di sfuggita, le *connessioni tra l'uretra e la sessualità*. Dalla fase dell'erotismo uretrale dell'infanzia, alla componente erotica che regge la psicodinamica dei casi di enuresi, alle deviazioni sessuali sian queste costituite dalle forme così dette di urosessualità, ove solo attraverso modalità varie ma sulla base della replezione e deplezione della vescica si raggiunge, tanto in uomini quanto in donne, l'orgasmo (cfr. Steckel, 1953, l.c., pag. 211) alle più manifeste anomalie ove le sollecitazioni olfattive oltre che tattili e termiche dell'urina provocano l'eccitazione sessuale (per tacere il vieto richiamo agli « epongeurs » di ottocentesca memoria), una larga serie di eventi e di documentazioni cliniche, di pediatri e di psicanalisti sta a dimostrare il legame tra funzione urinaria e funzione genitale, che del resto ha la sua ancestrale e filogenetica consacrazione nel bifrontismo di parte almeno dei due apparati e la pratica realizzazione in vari mammiferi, i cani al primo posto, con netto e superbo distacco su tutti gli altri animali.

Non è dunque nè stupefacente nè illogico supporre che individui in stato di disagio psicosessuale possano avere manifestazioni psicogene all'uretra ove proprio lo stato di immaturità emozionale e psicosessuale può far ritrovare significati inconsci di erotismo infantile all'uretra stessa e dove d'altra parte il soggetto, volendola o supponendola ammalata, vede nella localizzazione specifica una palese e quasi soddisfacente testimonianza dei suoi drammi, quando addirittura non ne trovi la spiegazione in un castigo che ritiene meritato.

Il breve e rapido sguardo gettato su alcuni aspetti delle malattie veneree e delle uretriti in particolare induce a sfiorare altre questioni che si intravedono sullo sfondo di quanto si è finora esposto.

I quesiti della medicina non possono molte volte arrestarsi alle frontiere di quelli sociali, nè forzatamente ignorare gli agganci che lo studio delle malattie ha con quello dell'uomo. E' proprio per le forme connesse alle affezioni o agli organi sessuali che maggiormente si fa evidente la necessità di una integrazione tra le indagini sui fenomeni patologici somatici, sulla epidemiologia, sulla trasmissibilità e quelle sulle condizioni psichiche, sociali e culturali in cui vive l'individuo, troppo evidenti apparendo i rapporti di queste con quelli.

Il progresso nelle conoscenze sull'uomo, raggiunto negli ultimi anni è stato largo di conseguenze: oltre che per la medicina, ove ha fatto rinverdire ed apparire in tutta la sua importanza la necessità di una completa valutazione del paziente; anche per l'uomo stesso che ha reso ben più consapevole dei problemi che presenta e ben più ansioso di esplorarli e di esplorarsi, in primo luogo a proposito della sessualità, verso la quale una facile e discutibile opera di divulgazione a largo e indiscriminato raggio, ha polarizzato l'attenzione della gente.

A questa maggior conoscenza di se stesso va aggiunta anche la cognizione sia pur parziale, degli enormi mutamenti avvenuti, i quali — assieme agli innumerevoli vantaggi che non è certo il caso di elencare — hanno portato anche elementi negativi di cui sarà sufficiente ricordare: *il distacco dalla terza con l'incremento enorme del lavoro in ambienti chiusi, spesso in mostruosi agglomerati urbani con conseguente sempre maggior allontanamento dall'essenza e dal ritmo biologico dell'ambiente circostante; la estrema riduzione dell'artigianato e quindi la frustrazione di un'attività creativa soddisfacente; l'aumento smisurato della standardizzazione ed il graduale affievolirsi dell'autonomia individuale; la tendenza e la valorizzazione smodata di abilità sempre più specializzate e distinte una dall'altra — avulse dalle possibilità generiche e generali dell'uomo — che sospingono insidiosamente verso una specie di « insettizzazione » intendendo con ciò una compiuta serie di attività perfettamente condizionate ma svolte quasi sempre nell'ignoranza dello scopo generale e finale del lavoro.*

Tutto questo, assieme alle mutate condizioni della vita familiare e culturale, alle modificate concezioni

etiche e politiche ed in aggiunta ad un complesso di altri fattori tra i quali quelli di ordine economico, ha imposto un profondo e radicale rimaneggiamento nell'esistenza dei singoli e delle comunità e fornisce un'interpretazione degli stati di disagio, di mancanza di sicurezza, di immaturità emotiva, di isolamento, di aggressività, di tensione, di inquietudine e insomma di infelicità in cui la maggioranza si dibatte. Da queste situazioni si cerca di evadere con ogni mezzo e con svariate metodiche: dal « tifo » per gli sport cui si assiste senza parteciparvi, agli spettacoli d'ogni genere spesso infantileggianti; dal dinamismo irrequieto e per lo più inutile, alla promiscuità sessuale, alla manie ed alla idolatria della velocità, sempre con lo stesso impulso incoercibile alla fuga, alla ricerca di valori ognora meno razionali e più carichi di proiezioni emotive e degradanti fino a toccare il livello dei « divi » del pedale e delle « dive » dal seno proccace.

Fenomeni tutti della massima importanza, quando si sia convinti, come un numero crescente di persone va convincendosi, che *le condizioni in cui l'uomo vive, l'ambiente in cui si sviluppa e svolge la sua attività, ambiente costituito non soltanto dai fattori ecologici, climatici, fisici ma anche dai rapporti interpersonali rappresentano elementi essenziali nello svolgimento dei fenomeni biologici e quindi anche di quelli morbosi.* Così come non è lecito considerare un organo o una funzione al di fuori dell'intero organismo, altrettanto non è lecito considerare l'uomo — e il malato — come un essere solitario ed isolato, sospeso fuor dall'ambiente in cui esiste. Mi piace citare quanto dicono in proposito due AA. italiani, avvicinati nel pensiero, anche se discosti per le attività.

Dice il Clinico Chirurgo Trincas (1956): « tra le poche leggi della natura che conosciamo quella dell'unità è una delle più accessibili e delle più convincenti. Riferita all'organismo essa dimostra che nessun sistema, nessuna parte, insomma nessuna cellula è capace di vita autonoma; allo stesso modo che l'organismo preso nella sua intierezza non può prescindere dall'ambiente; come questo a sua volta dalle condizioni imposte dal sole e così via. In definitiva dunque unità dell'individuo, della specie, dei tre regni, su su fino all'unità dell'universo... ».

E due cultori della Fisiologia Generale, Piero ed Enrico Messeri (1955), sostenendo la necessità di una visione ecologica della antropologia, precisano che

tale scienza, dopo la fase descrittiva e morfologica e dopo quella fisiologica antropobiologica, dovrebbe orientarsi verso una terza tappa in cui « si debbano varcare i limiti non solo della morfologia e della fisiologia ma uscire addirittura dall'uomo, considerato come campione da esaminare isolatamente, ed entrare nello studio dell'ambiente in cui esso vive, cioè nel campo delle interazioni fra uomo e ambiente ». Accennando poi ai ritmi biologici che « con onde di acme ed onde di ripiego si alternano in molte espressioni funzionali della umanità » gli AA. dicono inoltre: « oggi, a ragione, si tenta di correlare questi bioritmi con attività di elementi ambientali non reperibili nell'habitat tangibile ma di provenienza ultraterrena, addirittura astrale. Questo ancora misterioso fenomeno dei cicli nei processi vitali ci porta a pensare che molte manifestazioni fisiologiche trovino la loro spiegazione in questo nuovo campo della biologia (cosmobiologia) ».

E pertanto se non può più considerarsi l'uomo senza tener conto nel modo più ampio dell'ambiente con tutte le sue azioni, con tutti i suoi fattori che vanno da quelli dell'alimentazione alle radiazioni cosmiche, a maggior ragione devono esser costantemente e nel modo più categorico considerate le influenze esplicabili da individuo a individuo, i rapporti inter-personali e quelli sociali, che dimostrano — via via che l'osservazione si fa più attenta, intelligente, libera ed anticonformista — un'importanza sempre più vasta e densa di significato.

Come un tempo il Medico, conscio della grande importanza delle influenze ambientali nel favorire e nel determinare quadri morbosi, tenacemente lottando, è riuscito ad eliminare o almeno a bloccarne l'azione nociva, così oggi Egli, valutando tutto il peso che le situazioni interpersonali possono esercitare sullo stato di malattia, deve sforzarsi di conoscerle e di interpretarle per indirizzare e integrare opportunamente la terapia e per prevenire le cause di disagi emotivi o di lesioni psicosessuali che direttamente o indirettamente possono coadiuvare i fattori patogeni.

Il Venereologo torna in tal modo ad assumere la sua funzione sociale, che l'avvento degli antibiotici e il perfezionarsi delle misure profilattiche, riducendo i contagi e la morbilità, tendevano a fargli abbandonare.

Si tratta attualmente, oltre che di assottigliare il numero dei malati, di lottare contro lo sfondo psico-

sessuale che può o indurre ad un costume di sessualità promiscua, il più fertile, probabilisticamente, per l'avverarsi dei contagi o valer a facilitare, a mantenere se non addirittura in certi casi a sostenere, l'instaurarsi di forme uretriche.

Sembra perciò più che consigliabile, necessario assistere il paziente colpito da malattia venerea in generale e da uretrite non gonococcica in particolare, non solo con tutte le provvidenze medicamentose, ma anche con un'adeguata indagine psicologica e, se necessario, con una opportuna psicoterapia.

A parte l'interesse scientifico e la messa in opera di più o meno laboriose indagini, non è certo difficile cercar di capire in quale situazione si trova il malato, quali sono le sue condizioni di vita, quali i suoi problemi ed i suoi eventuali disagi.

Proprio il legame che così facilmente si istituisce fra colui che è colpito da un'affezione sessuale e colui che la cura, apre la possibilità a colloqui in cui senza sforzo fluiscono notizie intime e risposte, non frequenti ad essere conosciute da Sanitari di altre discipline. Ma appunto per questo il Venereologo-sessuologo deve sentire più imperioso il dovere di non limitare la propria opera ad un superficiale esame e ad una prescrizione standardizzata; ed appunto per le possibilità inerenti alla sua professione egli ha anche il dovere di occuparsi dei riflessi, degli sfondi, delle situazioni sociali che a tale professione si riconnettono.

Mi sembra rivesta un'importanza trascurabile il fatto che si può esser tacciati di pessimismo segnalando i sintomi di malattia della società affioranti dallo studio delle malattie veneree ove l'ottimismo sta diventando cronico perchè s'innalza dalle confortanti e concordi statistiche che dimostrano il decrescere di tali malattie. Una visione obbiettiva anche se pessimistica non vieta la speranza e soprattutto non vieta che si cerchino i rimedi, ma anzi incita a trovarli.

In un panorama più vasto — quale dev'essere quello che ogni Medico vuol vedere, qualunque sia la disciplina cui si è dedicato — conta non la diminuzione in questo o in quel settore ma la valutazione complessiva dello stato di malattia degli uomini. Mi sembra di non andare errato quando, sulla base non solo delle osservazioni personali ma di quelle, ben più valide, di una impressionante e vastissima letteratura, credo di poter segnalare che ci sono troppi stati di disagio, di squilibrio psico-sessuale, che tali stati — e ormai le dispute e le negazioni a buon mercato

dovrebbero essere superate da un pezzo — possono condurre a fenomeni morbosi, e che ad ogni modo si riverberano ineluttabilmente sui rapporti interpersonali di tutta la collettività di cui noi stessi facciamo parte. Troppi individui in stato di squilibrio psicosessuale perchè si ignorino, perchè non si esaminino, perchè non si curino; e perchè non se ne debba temere — quando si continuino a trascurare — l'influenza dannosa, inconsciamente dannosa, su loro stessi, sui congiunti, sulla società. Troppi individui malsicuri ed incerti nei rapporti fra le persone e con l'altro sesso; troppi individui emozionalmente immaturi e conseguentemente e non per loro colpa, potenzialmente antisociali. Troppi uomini infelici in cui noi ci imbattiamo quando d'improvviso escono, per un evento morboso, dalla massa anonima in cui erano confusi e diluiti e diventano un malato, un soggetto particolare e diverso da tutti gli altri, che può rivelarci la propria situazione ed il proprio dramma, sempre importante, per modesto che possa apparirci. Troppi individui ai quali noi e noi soli possiamo dar un aiuto che non consiste in una semplice ricetta, perchè non si debba dire che è tempo per il Venereologo-Sessuologo di far sentire la propria voce e il peso della propria esperienza, perchè non si debba affermare che *molte malattie hanno radici in una società malata ed il compito del Medico, ora come sempre e non mai come ora è quello di prevenire oltre che di curare*. Sotto questo profilo la nostra opera trascende l'aiuto che può dare al singolo per estendersi alla società, bene comune di tutti.

BIBLIOGRAFIA

- Aboulker P., Chertok L.: Remarques à propos de l'etiologie de la cystalgie à urines claires. « Congrès Soc. Franç. Urologie », Paris, septembre, 1951.
- Agostini A.: In tema di uretriti non gonococciche: rilievi psico-sessuologici nei pazienti. « Atti S.I.D.E.S., Minerva Dermatologica », XXX, n. 4, 1955.
- Allington M.: Dryness of the mouth. « Arch. of Derm. », v. 62, pg. 829, 1950.
- Barinbaum M.: Ueber die Behandlung einer psychogenen Urethritis. « Derm. Wehnschr », 95, pag. 1842, 1932.
- Brody M. W.: Venereal Disease. in « Recent development in Psychosomatic Medicine », pag. 364-380, cap. XX, Pilman, London 1954.
- Buytendijk F.: Traité de psychologie animale (trad. dall'olandese di Frank-Duguesne). « Presses Univ. de France », 1952.
- Clancy F. J.: Urologic symptom of psychogenic origin. « Urol. and Cut. Rev. », 37, pg. 703, 1933.

- Clark L. L., Treibler F.: Psychic stimulation of prostatic secretion. « Psychosom. Med. », 12, pg. 261-263, 1950.
- Comfort A.: Sexual Behaviour in Society. « Gerald Duckworth », London, 1950.
- Cowles A. G.: Emotional and psychic factors in genito-urinary diseases. « Texas State Journ. Med. », 27, pag. 731-32, 1932.
- Dunbar F.: « Emotions and Bodily Changes », IV Ed. Columbia University Press.. New York, 1954.
- Fenichel O.: « Trattato di psicanalisi » (The Psychoanalytic Theory of neurosis), Trad. it. di C. Gastaldi, Ed. Astrolabio, Roma, 1951.
- Fessler A.: Venereal Diseases: sociologic and psychologic factors. « Journ. Ven. Dis. », 22, pag. 2, 1946.
- Gigli L.: Variazioni fotopletismografiche da stimoli psichici in alcuni dermopazienti. « Arch. It. Derm. e Sif. », 26, pag. 280, 1954.
- Gigli L.: Ricerche preliminari sull'uso del T.A.T. associato a choc anfetaminico. « Comunicazione al XLI Congresso della S.I.D.E.S. », Milano, settembre 1956.
- Gigli L.: Importanza e limiti del T.A.T. associato a choc anfetaminico in dermatologia e sessuologia. « Arch. It. Derm. e Sif. », 1957 (in corso di stampa).
- Graham D. T.: Cutaneous vascular reactions in Raynaud's Disease and in states of Hostility, Anxiety and Depression. « Psychosom. Med. », 17, pag. 200, 1955.
- Halliday J. L.: « Psychosocial medicine. A study of the sick society », William Heinemann, London, 1949.
- Holmes T. H., Goodell H., Wolf S., Wolf H.: « The nose », Charles Thomas, 1950.
- Horney K.: « The neurotic personality of our time », Norton, New York, 1937.
- Horney K.: « Our inner conflicts », Norton, New York, 1945.
- Kepecs J. G., Robin M., Brunner M.: Relationship between certain emotional states and exudation into the skin. « Psychosom. Med. », 13, pag. 10, 1951.
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E.: « Sexual behavior in the Human Male », W. B. Sanders Co., Philadelphia, 1948.
- Kubie L. S.: Influence of Symbolic Processes on the role of instincts in human behavior. « Psychosom. Med. », 18, pag. 189, 1956.
- Laignel, Lavastine, Cornelius: L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques: syndrome urinaire de l'angoisse. « Presse Méd. », 33, pag. 1521-22, 1925.
- Leshnew N. F.: Psychogene Erkrankungen in der Urologie. « Ztsch. f. Urol. », 22, pag. 921-29, 1928.
- Malmö e altri: Symptom specificity and bodily reactions during psychiatric interview. « Psychosom. Med. », 12, pag. 362, 1950.
- Manganotti G.: Clinica Dermatologica e Sessuologia. « Dermatologia », II, n. 10, 1951.
- Manganotti G.: Le dermatosi emozionali. « Relazione al XLI Congresso della S.I.D.E.S. », Milano, settembre 1956; « Atti S.I.D.E.S., Minerva Dermatologica », XXXI, n. 2, 1956.
- Manganotti G.: Considerazioni sull'impotenza sessuale dell'uomo. « Riunione della Sez. Triveneto-Emiliana Romagna della S.I.D.E.S. », Modena, maggio, 1956; « Gazzetta Sanitaria », n. 3, 1957.

- Margolin e altri: Variations of gastric functions during conscious and unconscious conflict states. «Life stress and bodily diseases», pag. 656. William e Wilkins Baltimore, 1950.
- Massermann J.: Behavior and neurosis. «University of Chicago Press.», Chicago, 1943.
- Mc Gill V. J.: «Emotion and reason», Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1954.
- Menninger K.: «Man against himself», Harcourt, New York, 1938.
- Messeri P., Messeri E.: Per una visione ecologica della antropologia. «Riv. Gerontologia e geriatria», 5, pag. 215, 1955.
- Moro N.: Uber das Stadium Nervosum der Cystitis. «Wiener Kl. Wchnschr.», 46, pag. 1485-86, 1933.
- Obermayer M.: «Psychocutaneous Medicine», Charles Thomas U.S.A., 1955.
- Pahmer M.: Psychiatric implications of venereal disease: an american survey. «Brit. Journ. Ven. Dis.», 25, pag. 124, 1949.
- Philp H. L.: «Il sesso», (A Psychologist looks at sex). Trad. it. di E. Medori. Ed. Gherardo Casini, Roma, 1952.
- Robin M., Kepecs J.: The relationship between certain emotional states and the rate of secretion of sebum. «J. Inv. Derm.», v. 20, pag. 373, 1954.
- Ross W. D.: Urethral discharge as a symptom of psychiatric disorder. «Psychosom. Med.», 9, pag. 273, 1947.
- Sapirstein M. R.: «Emotional security», Rider and Co., London, 1951.
- Saul L. J.: «Emotional maturity», Lippincot Co., London, 1947.
- Schwarz O.: «Psicologia del sesso» (The psychology of sex), Trad. it. di G. Forti. Longanesi e C., Milano, 1951.
- Serrati G.: Influenza del sistema nervoso sulla secrezione sebacea. «Riv. Pat. Nerv. e Mentale», 52, pag. 377, 1938.
- Shelley W., Hurley H. J.: The physiology of the human axillary apocrine sweat gland. «J. Inv. Derm.», 20, pag. 285, 1933.
- Shelley, Perry: The physiology of the apocrine (ceruminous) gland of the human ear canal. «J. Inv. Derm.», 26, pag. 13, 1946.
- Stekel W.: «Patterns of psychosexual infantilism», Peter Nevill, London, 1953.
- Stevenson J.: Variations in the secretion of bronchial mucus during periods of life stress. «Life Stress and Bodily diseases», pag. 596, William e Wilkins Baltimore, 1950.
- Straub L. R., Ripley H., Wolf S.: Disturbances in bladder function associated with emotional states. «J.A.M.A.», 141, pag. 1139, 1949.
- Straub L., Ripley H., Wolf S.: Disturbance of bladder function associated with emotional states. «Life stress and bodily disease», pag. 1019, William e Wilkins Baltimore, 1950.
- Sulzberger M. B., Herrmann F.: «The clinical significance of disturbances in the delivery of sweat», Charles Thomas, Springfield, 1934.
- Sutherland R.: Some individual and social factors in venereal disease. «Brit. J. of Ven. Dis.», 26, pag. 1, 1950.
- Szasz: Psychosomatic aspects of saliuary activity. «Life stress and bodily disease», pag. 647, William e Wilkins, Baltimore, 1950.

- Todd: « Behaviour patterns of alimentary tract », William e Wilkins, Baltimore, 1930.
- Trincas M.: « L'uomo e il mondo esterno ». Discorso al III Conv. Naz. Fegato ed Alimentazione. Ind. Grafiche, Ferrara, 1956.
- Walls G. O., Wilson R. A.: Study of personality factors among venereal disease patients. « Canad. M.A.J. », 64, pag. 119, 1945.
- Weiss M.: Role de choc emotif dans les processus d'exosérose. « Bull. Soc. Fr. de Derm. », 40, 7-8, 1933.
- Winsor: The effect of mental effort on parotid secretion. « Am. J. Psych. », 43, pag. 434, 1931.
- Wittkower E. D.: The psychological aspects of venereal disease. « Brit. J. of Ven. Dis. », 24, pag. 59, 1948.
- Wittkower E. D., Corvan J.: Some psychological aspects of sexual promiscuity. « Psychosom. Med. », 6, pag. 287, 1944.
- Wolf S., Wolff H. G.: « Human gastric function ». Oxford University Press. New York, 1943.
- Woodburne A. R., Philpott O. S.: Cheilitis glandularis. A manifestation of emotional disturbance. « Arch. Derm. and Syph. », 62, pag. 820, 1950.
- Wright S.: The physiology of emotions. « Modern Trends in Psychosom. Medicine », Butterworth, London, 1948.

Estratto da MINERVA DERMATOLOGICA
Anno XXXII - N. 5 (Maggio) 1957