

LE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI (DSF) & IL RUOLO DEL GINECOLOGO.

Rossella E. Nappi & Francesca Ferdeghini.

Dipartimento di Scienze Morfologiche, Eidologiche e Cliniche & Endocrinologia Ginecologica,

Unità Operativa di Medicina Interna e Endocrinologia, IRCCS Fondazione "S. Maugeri"

Università degli Studi di Pavia.

Introduzione

Tradizionalmente, l'approccio alle disfunzioni sessuali femminili (DSF) è stato di tipo psicologico, ma la ricerca scientifica sta cercando di cogliere in questi ultimi anni l'importanza dei fattori biologici attraverso lo studio dell'anatomia e della fisiologia della risposta sessuale. Esistono ancora numerose controversie e taboo sull'argomento, soprattutto in relazione al fatto che non è facile definire valori di normalità della risposta sessuale, stante il complesso intreccio di fattori biologici, psicologici, sociali, relazionali che vanno incontro a continue ristrutturazioni nel corso del ciclo vitale femminile.

E' indubbio che la salute sessuale è sempre più considerata un aspetto importante del benessere e della qualità di vita personale e di coppia. L'epidemiologia delle DSF è, però, poco nota; studi recenti riferiscono che circa il 20-50% delle donne americane tra i 18 e i 59 anni ne sono affette. Circa un terzo delle donne riferisce perdita di interesse sessuale, circa un quarto non sperimenta l'orgasmo. Inoltre, circa il 20% delle donne riporta difficoltà di lubrificazione e il 20% non trova il sesso un'esperienza piacevole.

E' di fondamentale importanza sottolineare che in quasi tutti gli studi di popolazione mancano dei criteri univoci per definire le disfunzioni sessuali e caratteristiche socio-demografiche come l'età, la scolarità, la salute fisica e mentale e le esperienze sessuali e relazionali pregresse sembrano giocare un ruolo importante nell'insorgenza di tali disturbi. Peraltro, i fenomeni involutivi correlati alla carenza ormonale in epoca menopausale che si sovrappongono agli effetti dell'età interferiscono in modo significativo con le componenti somatiche, emotive, cognitive che motivano il comportamento sessuale e che condizionano l'efficienza della risposta sessuale. In un nostro recente studio condotto su 355 donne in postmenopausa abbiamo riscontrato calo della libido nel 22% dei casi, dolore durante il rapporto sessuale nel 29.8%, secchezza vaginale nel 45.1% e riduzione del piacere sessuale nel 45.9% dei casi.

La risposta sessuale femminile

Una normale funzione sessuale (che è, in breve, una libido intatta e la capacità di ottenere un rapporto soddisfacente) è garantita dall'integrità dei substrati nervosi (autonomi, somatosensitivi,

somatomotori) e muscolari, dei circuiti vascolari (arteriosi e venosi), dell'ambiente ormonale e dei meccanismi modulatori che agiscono sulle strutture corticali e ipotalamo-limbiche. Un'alterazione sia dei circuiti centrali e periferici coinvolti nel ciclo della risposta sessuale possono essere alla base delle DSF che includono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo ed i disturbi dolorosi. Il periodo della vita riproduttiva, l'età, il partner e altri fattori concomitanti possono modulare l'espressione clinica delle DSF.

Il desiderio sessuale o libido è il bisogno fisico e mentale che motiva all'attività sessuale per ottenere una gratificazione. Può essere attivato da stimoli interni e/o esterni e nella specie umana consta di una dimensione biologica, psicologica e culturale fortemente intrecciate. Il sistema neuroendocrino è la base istintuale di partenza del desiderio (libido) che è modulato da meccanismi emozionali (attrazione) e cognitivi (attaccamento). La costante interazione tra questo insieme di fattori da' origine alla passione, all'affezione, al legame di appartenenza, le parole chiave dell'amare un partner con tutto se stessi. L'eccitazione sessuale, un passaggio critico nel ciclo della risposta sessuale femminile, è stato elegantemente descritto come un mix di sensazioni soggettive fisiche e mentali di eccitamento sessuale ed una obiettiva consapevolezza di sensazioni non-genitali e genitali dovute all'inturgidimento vulvo-vaginale ed alla lubrificazione. In accordo con le più recenti teorie, le donne sono più propense ad attivare il desiderio e l'eccitamento, o ad essere recettive a stimolazioni sessuali e a diventare fisicamente consapevoli di una tensione ed eccitamento dei genitali, attraverso il fatto che avvertono mentalmente alcune motivazioni e stimoli ad essere sessualmente intime e a proseguire nell'attività sessuale, piuttosto che al fatto che percepiscono un desiderio spontaneo non relativo a fattori personali, relazionali e ad altri elementi relativi al contesto. L'orgasmo è un riflesso sensitivo-motorio, innescato da numerosi stimoli fisici e mentali, e richiede un adeguato substrato neurovascolare e neuromuscolare. Origina un senso di benessere e una soddisfazione modulati dal circuito neuroendocrino. L'orgasmo costituisce un importante fattore di potenziamento della motivazione sessuale, in particolar modo quando la qualità dell'intimità emotiva e il grado di intesa con il partner sessuale sono molto elevati.

Classificazione delle DSF

Classificare la sessualità è una sfida impossibile che si scontra con l'unicità del comportamento di ciascun essere umano, ma la volontà di creare una nomenclatura delle DSF, seppur arbitraria, imprecisa e modificabile con il progredire delle conoscenze fisiopatologiche nel settore, è nata dalla necessità di parlare un linguaggio scientifico comune per identificare adeguati strumenti diagnostici e terapeutici.

La risposta sessuale è la risultante dell'attivazione di un circuito che può iniziare indifferentemente dal corpo, dall'emozione e dal sentimento e si articola in tre fasi successive: desiderio, eccitamento e orgasmo. La classificazione corrente dei disturbi sessuali (DSM-IV) riflette tale modello trifasico della risposta sessuale elaborato da Kaplan nel 1979 a partire dagli studi di Master & Johnson e identifica 4 categorie principali di problemi relativi al desiderio, all'eccitazione, all'orgasmo, al dolore. Inoltre, per una corretta classificazione dei sintomi si fa riferimento al fatto che il disturbo sia primitivo o acquisito; generalizzato o situazionale; psicologico, organico o misto; stressante per la persona e per le relazioni interpersonali. Non ci sono criteri quantitativi, né esiste alcun riferimento al tipo di attività sessuale, coitale/non coitale per esempio, e la diagnosi è demandata all'esperienza/giudizio dell'esaminatore.

E' stato recentemente sottolineato nell'ambito della 1° Conferenza internazionale di Consenso sulle DSF come tale classificazione presenti numerosi problemi non soltanto perché tende a creare un parallelismo tra sintomi maschili e femminili e considera l'attività sessuale, rigorosamente eterosessuale, come unico parametro di riferimento per la maggior parte delle diagnosi, ma soprattutto perché sembra estremamente difficile considerare le disfunzioni sessuali in modo scisso, cioè esclusivamente di natura biologica o psicologica. Le nuove linee guida proposte hanno evidenziato la comorbidità dei sintomi sessuali e la contemporanea presenza di più fattori causali nella maggior parte dei casi, hanno aggiunto una ulteriore categoria dei disturbi dolorosi (non coitale), e hanno attribuito grande importanza all'entità dello stress personale causato dal disturbo per formulare la diagnosi finale. Il sistema di classificazione comprende:

I. DISORDINI DEL DESIDERIO SESSUALE

Ø Ipoattivo: persistente o ricorrente deficienza (o assenza) di fantasie/pensieri sessuali e/o di desiderio o di recettività per l'attività sessuale, che causa stress personale; può derivare da fattori psicologici e relazionali o può essere secondario a problemi fisiologici quali alterazioni ormonali, manipolazioni farmacologiche, interventi chirurgici, etc.

Ø Avversione sessuale: persistente o ricorrente avversione fobica per ed evitamento del contatto sessuale con un partner sessuale, che causa stress personale; può generalmente derivare da problematiche psicologiche e relazionali che si instaurano per vari motivi, per esempio abuso fisico e/o sessuale, traumi infantili, etc.

II. DISORDINE DELL'ECCITAZIONE: persistente o ricorrente incapacità a raggiungere o a mantenere un'eccitazione sessuale sufficiente, che causa stress personale, e che può manifestarsi come assenza di eccitazione soggettiva o genitale o di altre risposte

somatiche; include la perdita o la diminuzione della lubrificazione vaginale, la diminuzione della sensibilità clitoridea e dei genitali esterni, la ridotta distensibilità vaginale, etc.; può essere anche secondario a fattori psicologici, ma ha spesso una base fisiologica come la riduzione del flusso sanguigno vaginale/clitorideo, la carenza ormonale, traumi perineali/genitali/chirurgia pelvica, farmaci, etc.

III. DISORDINE DELL'ORGASMO: persistente o ricorrente difficoltà, ritardo o assenza nel raggiungere l'orgasmo in seguito ad una stimolazione sessuale sufficiente e all'eccitazione, che causa stress personale; spesso correlato a traumi emotivi o ad abuso sessuale, qualora di tipo primitivo, è più frequentemente secondario alle medesime cause del disordine dell'eccitazione.

IV. DISORDINI DEL DOLORE SESSUALE

Ø Dispareunia: persistente o ricorrente dolore genitale associato al rapporto sessuale; può derivare da atrofia vaginale, vestibolite, infezioni urinarie/vaginali ricorrenti, etc., è spesso il risultato di fattori fisiologici e psicologici connessi all'ansia anticipatoria del dolore.

Ø Vaginismo: persistente o ricorrente spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che interferisce con la penetrazione vaginale, che causa stress personale; si sviluppa come risposta condizionata alla penetrazione dolorosa o, se di tipo primitivo, è prevalentemente connesso a problematiche psicologiche.

Ø Dolore non coitale: persistente o ricorrente dolore genitale indotto dalla stimolazione sessuale non coitale; può avere le medesime cause della dispareunia.

I limiti delle classificazioni sono particolarmente evidenti nel periodo menopausale e nella senescenza in genere, cioè quando è maggiormente possibile che più fattori eziologici e più disturbi siano contemporaneamente presenti.

Il ruolo del ginecologo

Il ginecologo non deve necessariamente fare il sessuologo, ma ha il compito primario di decodificare che esiste un sintomo sessuale, di individuare ogni eventuale causa correlabile agli eventi della vita riproduttiva e/o all'uso di terapie correlate, di instaurare un percorso diagnostico-terapeutico ove indicato, e di saper inviare ad uno specialista differente nel caso egli ritenga che il sintomo sessuale abbia radici differenti da quelle di propria competenza. Il ginecologo è l'interlocutore privilegiato della donna su tutte le tematiche relative alla vita riproduttiva e la visita ginecologica è il momento ideale per fare il punto sulla qualità della vita sessuale. Le donne possono anche non iniziare una conversazione sul tema in modo spontaneo,

ma apprezzano quasi sempre di essere interrogate sulla loro vita sessuale. Alcune semplici domande possono aiutare il ginecologo a stabilire una relazione tra l'insorgenza di un sintomo sessuale ed un evento riproduttivo, mentre può essere richiesta una formazione specifica per determinare in che modo altri molteplici fattori possano condizionare il quadro complessivo della salute sessuale. Un'anamnesi medica, uro-ginecologica ed ostetrica accurata, incluso l'uso di farmaci e i fattori di rischio relativi alle abitudini di vita, sono parte integrante dell'anamnesi sessuale allo scopo di identificare ogni possibile fattore di tipo organico che possa influenzare desiderio, eccitamento, orgasmo e dolore sessuale. A tale riguardo, è di estrema importanza tenere a mente che anche i sintomi sessuali che sono chiaramente correlati a determinanti biologici hanno sempre una controparte psico-relazionale, che è molto più forte in relazione alla durata dei sintomi e all'entità del distress percepito dalla donna e/o dalla coppia.

In ogni caso, è fondamentale esplorare con chiarezza come avviene l'intero ciclo della risposta sessuale eseguendo una

1) anamnesi sessuale “vera e propria”

- informazioni sui sintomi facendo parlare la donna
- sede, insorgenza, intensità, durata dei sintomi
- tempi e luoghi della sessualità
- tipo di stimolazione sessuale
- attuali sensazioni nei confronti del partner e suo stato di salute generale e sessuale
- fantasie e sogni “ad occhi aperti”
- esperienze sessuali passate personali e di coppia
- eventuali traumi, abusi, coercizioni sessuali
- situazioni in cui il sintomo era assente
- reazioni alle difficoltà sessuali ed entità del distress sessuale
- opinione della donna e del partner sul sintomo sessuale

2) una visita ginecologica “sessuologica”

2a) ispezione e palpazione per valutare

- grado di apertura vulvare
- distanza ano-vulvare
- ispezione dei margini anali
- eventuale prolasso d'organo
- valutazione della lassità legamentaria
- Q-tip test (“tender e trigger points” dolorosi, PAIN MAP vestibolare)
- sensibilità discriminativa (riflesso clitorido-ano e perineale alla tosse)

2b) esplorazione vaginale per individuare

- punti dolorosi e grado di fobia
- grado dello spasmo della muscolatura vaginale
- cause organiche

2c) esame speculare per identificare

- trofismo delle pareti vaginali
- segni di infezioni/inflammazioni
- ectropion e/o esiti di DTC, ecc

Ala visita ginecologica si possono associare altre valutazioni (ormonali, trofiche, infettive, circolatorie, neuro-muscolari, ecc.) al fine di precisare alcune condizioni organiche predisponenti e per eventualmente mettere in atto una strategie terapeutica mirata.

Conclusioni

La salute sessuale è importante per il benessere fisico e mentale durante tutto l'arco della vita della donna. Ogni evento critico riproduttivo presentando correlati non soltanto biologici, ma anche psicorelazionali, può accompagnarsi ad un sessuale che può richiedere un approccio organico o più francamente sessuologico. Riconoscere nella pratica clinica le condizioni di vulnerabilità sul versante sessuale che accompagnano gli eventi biologici femminili, soprattutto in relazione alle tappe critiche della vita riproduttiva, è un compito primario del ginecologo che ha un ruolo sempre più centrale nella diagnosi, nella prevenzione e, laddove possibile, nella terapia dei sintomi sessuali femminili.

Bibliografia scelta

Bachmann G.A., Leiblum S.R., Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol* 1989;73:425-427.

Baldaro Verde J, Nappi RE. Donne nuove. L'universo femminile nel terzo millennio. Antea Ed., Milano, 1999.

Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the Interational Consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163:888-893.

Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 2001;98:350-353.

Basson R, Leiblum SL, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003; 24: 221-229.

- Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Flaherty EE, Leahy NM, Goldstein I. Clinical evaluation of female sexual function: effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual response. *Int J Impot Res* 1999;11:S31-S38.
- Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385-391.
- Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Goldstein I. *Curr Opin Urol* 1999;9:563-568.
- Berman LA, Berman JR, Chhabra S, Goldstein I. Novel approaches to female sexual dysfunction. *Expert Opin Investig Drugs* 2001;10:85-95.
- Gassman A & Santoro N. The influence of hormonal changes on sexuality: current knowledge and recommendations for practice. *Menopause* 1994;1:91-98.
- Goldstein I. Female sexual arousal disorder: new insights. *Int J Impot Res* 2000;12:S152-157.
- Graziottin A. The biological basis of female sexuality. *Int Clin Psychopharm* 1998;13:15S-22S.
- Kaplan HS. *Nuove terapie sessuali*. Fabbri Ed, Milano. 1974.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
- Leiblum S. What every urologist should know about female sexual dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11:S39-S40.
- Levine RJ. Sex and the human female reproductive tract, what really happens during and after coitus. *Int J Imp Res* 1998;10:S14-S21.
- Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch Sexual Behav* 2003; 32: 279-285.
- Master WH & Johnson VE. *Human sexual response*. Little Brown, Boston. 1966.
- Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med* 1997;167:285-290.
- Myers LS. Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neurosci Neurobehav Rev* 1995;19:331-341.
- Nappi RE & Polatti F. Menopausa e sessualità. In: *Premenopausa e menopausa*, Genazzani AR & Gambacciani M (eds), CIC Edizioni Internazionali, Roma. 2000, pp. 165-184.
- Nappi RE. *Menopausa e Sessualità*. CIC Edizioni Internazionali, Roma. 2002.
- Nappi R.E, Salonia A.. *Menopausa e sessualità/2*. CIC Ed Internazionali, Roma. 2004.
- Nappi R.E., Salonia A., Traish A.M. et al. Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005;2: 4-25.

Nappi RE, Ferdeghini F, Polatti F. Mechanisms involved in desire and arousal dysfunction. In: Goldstein I et al, eds. Women's sexual function and dysfunction. Abingdon, UK: Taylor & Francis 2006; pp. 203-9.

Plaut S.M., Graziottin A., Heaton J.P.W. Sexual Dysfunction. 2004 Fast Facts Series, Health Press, Oxford, UK.

Tomlinson J. ABC of sexual health. Taking a sexual history. Br Med J 1998;317:1573-76.