



L'ALTRA METÀ DEL CIELO: LE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

RAFFAELLA MICHIELI
Società Italiana di Medicina Generale

Le disfunzioni sessuali sia maschili che femminili vengono definite all'interno del DSM-IV come "Disturbo nel desiderio sessuale e nelle modificazioni psico-fisiologiche che caratterizzano il ciclo della risposta sessuale, condizionante un marcato distress ed una difficoltà interpersonale". Ciò che è fondamentale sottolineare in questa definizione è l'importanza che viene data al criterio di difficoltà soggettiva percepita. E questo è tanto più vero per le donne, per le quali spesso le insoddisfazioni fisiche sessuali si sovrappongono a quelle affettive ed emotive, tanto da renderle difficilmente distinguibili tra loro.

L'*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction*, svoltosi nel 1999 ha quindi, dopo accurata revisione, definito tale classificazione:

- disordini del desiderio sessuale:
 - disordine da desiderio sessuale ipoattivo;
 - disordini da avversione sessuale;
- disordini della fase di eccitamento;
- disordini della fase orgasmica;
- disordini relativi al dolore associato all'attività sessuale:
 - dispareunia;
 - vaginismo;
 - altri disordini da dolore durante l'attività sessuale.

La classificazione si rifà al modello classico di risposta sessuale, nel quale vengono distinte le tre principali fasi: del desiderio, dell'eccitamento e dell'orgasmo. È indubbio però che nella donna tali momenti risentano di stimolazioni, appagamenti e problemi spesso molto differenti da quelli conosciuti nel modello maschile e difficilmente valutabili con metodiche diagnostiche classiche.

Gli studi di R. Basson hanno portato a proporre un modello differente di ciclo della risposta sessuale femminile partendo dalla considerazione che:

- rispetto agli uomini, le cui risposte sono influenzate dal testosterone, le donne hanno biologicamente una minor urgenza di "scaricarsi" sessualmente;
- il desiderio femminile è legato anche ad un bisogno di intimità, fiducia, rispetto, comunicazione, affetto, piuttosto che solo ad un bisogno di eccitazione fisica;
- l'eccitamento sessuale femminile è principalmente un eccitamento mentale che può essere più o meno accompagnato dalla consapevolezza di essere fisicamente eccitata;
- l'orgasmo può esserci o meno e, se c'è, può manife-

starsi in modi molto diversi, anche nella stessa donna in diverse situazioni.

L'approccio dualistico nel definire le disfunzioni sessuali secondarie a problemi organici o psicogeni è stato quindi scartato, visto che il sesso è l'esempio supremo di una manifestazione psicosomatica e i suoi disordini, anche in caso di evidenti patologie organiche, possono comunque derivare da una primitiva origine psicologica.

DISORDINE DA DESIDERIO SESSUALE IPOATTIVO (HSDD)

"Persistente o ricorrente deficit (o assenza) di fantasie, pensieri, desideri, a sfondo erotico sessuale (individuali o di coppia), con incapacità di rispondere a stimoli sessuali adeguati, che diventi causa di stress o disagio personale". Questa classificazione non stigmatizza come patologiche le donne (che rappresentano un gruppo molto ampio) che solamente non provano desiderio, ma solo se hanno anche difficoltà a rispondere agli stimoli sessuali.

Da parte della donna in questo momento iniziale ci può essere una scarsa motivazione a scegliere di voler accettare una stimolazione sessuale, se non percepisce come premianti le finalità dell'atto sessuale. Tali finalità spesso, nella donna inserita in una relazione monogama che dura da parecchio tempo, sono di natura più affettiva che fisica (vicinanza emotiva, impegno, amore, affetto, intimità, accettazione ...). Questo rende l'eventuale "terapia" per i HSDD molto più problematica se non inserita in un percorso personale e di coppia.

Le cause perciò possono essere:

- cause psicologico-emotive;
- carenza di ormoni androgeni circolanti;
- uso di farmaci;
- esito di interventi chirurgici.

DISORDINI DELLA FASE DI ECCITAMENTO (FSAD)

"Persistente o ricorrente incapacità di ottenere o mantenere fino al completamento dell'attività sessuale, un adeguato eccitamento sessuale, con marcato distress o disagio interpersonale. Ciò si può manifestare come mancanza di eccitamento mentale o di lubrificazione genitale". Quando una donna parla di eccitamento, in genere intende un'eccitazione mentale per la quale spesso alcuni fat-

tori possono essere stimolanti (lo stimolo erotico in sé, l'eccitamento del partner, la percezione del proprio eccitamento genitale), ma altri possono essere inibenti e bloccare la stimolazione (situazioni distraenti, problemi interpersonali, difficoltà nella risposta fisica del partner).

I cambiamenti nei genitali femminili che avvengono durante questa fase sono molto difficilmente misurabili, anche se esistono tecniche per lo studio vascolare. Inoltre il tessuto erettile femminile, che è localizzato nel bulbo del vestibolo e si estende più profondamente ai muscoli perineali, circondando l'uretra fino ad arrivare ai corpi cavernosi della clitoride, spesso non è direttamente stimolato durante i rapporti vaginali.

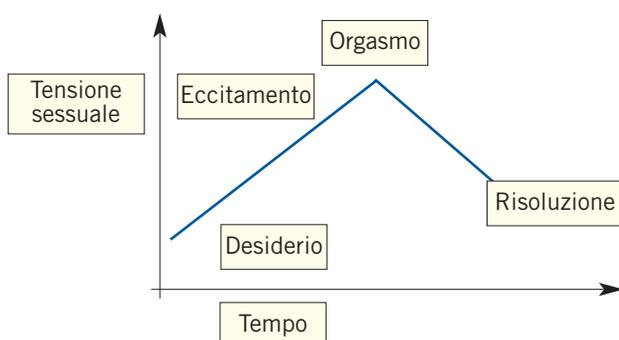
La lubrificazione viene considerata un indice di eccitamento ma non sempre le donne ne sono consapevoli, alcune possono addirittura trovarla fastidiosa, altre possono essere assolutamente eccitate, ma non sufficientemente lubrificate. Possiamo quindi trovarci di fronte a donne in tre diverse situazioni:

- lo stimolo non è eccitante, nessuna modificazione dei genitali;
- lo stimolo non è percepito come eccitante, ma le modificazioni genitali avvengono senza essere percepite;
- lo stimolo è eccitante, ma le modificazioni genitali non avvengono.

Per questo tipo di disordini le cause possono essere le stesse dei disordini da desiderio sessuale ipoattivo e la terapia può presentare le stesse difficoltà.

DISORDINI DELLA FASE ORGASMICA

"Persistente o ricorrente difficoltà, ritardo o assenza di orgasmo successivo ad una sufficiente stimolazione sessuale e all'eccitamento, con conseguente distress e disagio interpersonale".



La curva che viene descritta dal modello Masters/Johnson/Kaplan è la sensazione provata da molte donne, ma non da tutte. Infatti altre donne descrivono curve diverse, che possono cambiare in diverse occasioni; alcune donne sono in grado di modulare le loro reazioni e prolungare l'orgasmo mantenendo la tensione sessuale per parecchi secondi; alcune donne descrivono un eccitamento prolungato senza orgasmo, ma con soddisfazione personale.

La definizione riconosce finalmente proprio queste situazioni nelle quali, per una donna che non prova l'orgasmo, ma che non lo vive come una mancanza, non si decreta la presenza di una disfunzione.

Le cause organiche principali sono:

- donne in terapia con SSRI;
- abuso d'alcol;
- deficienza di estrogeni o di androgeni;
- interventi chirurgici o traumi pelvici.

Ma spesso c'è un overlap dei diversi tipi di disordini. La terapia passerà principalmente attraverso un miglioramento della conoscenza di sé e dei propri meccanismi di risposta allo stimolo sessuale.

DISORDINI RELATIVI AL DOLORE ASSOCIATO ALL'ATTIVITÀ SESSUALE

La *dispareunia* si definisce come *"un dolore genitale persistente o ricorrente associato ai rapporti sessuali"*.

Le principali cause di dispareunia possono essere:

1. lesioni traumatiche (lacerazioni dell'imene o della forchetta vulvare, contusioni del meato uretrale);
2. eccessiva pressione contro la parete uretrale;
3. inadeguata lubrificazione;
4. stati infiammatori/infettivi dei genitali esterni;
5. PID (malattia infiammatoria pelvica);
6. anomalie congenite (imene rigido);
7. marcata retroflessione uterina;
8. stenosi da esiti di episiotomia;
9. endometriosi pelvica.

La terapia prevede l'eliminazione della causa anomala o degli stati infiammatori riscontrati.

Il *vaginismo* invece è *"uno spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che interferisce con i rapporti"*.

Può essere curato con la dilatazione graduale e gli esercizi di Kegel.

Gli altri disordini da dolore durante l'attività sessuale sono rappresentati invece da quelle forme di *"dolore genitale persistente o ricorrente non legato strettamente al coito, ma a qualsiasi forma di stimolazione sessuale"*. Tale definizione è da poco entrata nella classificazione e permette di individuare anche le donne che manifestano dolori solo in presenza di eccitazione, anche senza penetrazione.

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

Per affrontare questo genere di situazioni è imprescindibile:

1. *conoscere la prevalenza del problema.* Nell'insieme della pratica quotidiana un medico non porrà frequentemente domande sul benessere sessuale alle sue pazienti se non è conscio dell'entità del problema. In realtà non vi sono dati italiani certi su ciò, ma è percezione comune che il problema esista in una buona percentuale di casi (tra 20 e 50%, dati americani) e

sia sottostimato dai professionisti e dalle donne stesse. Un colloquio con la paziente potrà senz'altro permettere al medico di percepire l'eventuale necessità di approfondimento;

2. *avere buone capacità relazionali*. Il sesso è ancora per molti versi un argomento tabù, difficile da affrontare sia per la paziente che, soprattutto, per il medico che teme di entrare in sfere talmente intime e personali da essere intrusivo. A ciò si aggiungono poi remore di tipo culturale personale, etico e religioso, che fanno di ogni professionista una persona diversa. È necessario quindi che il medico consideri l'approccio a questo problema come necessario in certe situazioni di sospetto disagio e, soprattutto, che lo tratti con professionalità sfoderando tutte le proprie capacità di entrare in relazione con la paziente rispettandone il sentire, il pudore e le difficoltà di espressione;
3. *conoscere il problema* (anche se non necessariamente le soluzioni). I pazienti percepiscono le difficoltà di un medico quando non sa come affrontare un problema ed apprezzano, al contrario, la nostra sicurez-

za su argomenti conosciuti. Quando si tratta di situazioni legate alla sfera emotiva tanto più è necessario che il medico abbia padronanza dell'argomento quanto meno per collocare il problema nella corretta dimensione ed essere in grado eventualmente di consigliare al paziente un approccio di secondo livello. È chiaro quindi che il ruolo del Medico di Medicina Generale nelle disfunzioni sessuali femminili è ancora in gran parte da costruire, migliorando questi tre item e collaborando in programmi formativi con gli specialisti che da tempo se ne occupano.

Bibliografia

- Basson R, Barman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. *Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 2000;163:888-93.
- Basson R. *A model of women's sexual arousal*. J Sex Marital Ther 2002;28:1-10.
- Basson R. *Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction?* J Sex Marital Ther 2001;27:105-12.
- Del Pup L. *I disturbi sessuali femminili in Medicina Generale*. *Medicinae Doctor* 2001;33:26-8.
- Salonia A, Montorsi F. *Sesso debole*. *Medici Oggi* 2002;1:23-6.