



LE RIPERCUSSIONI DELLE DISFUNZIONI SESSUALI NEGLI UOMINI E NELLE DONNE. PERCHÉ AFFRONTARLE E COME CURARLE

AURELIO SESSA, RAFFAELLA MICHIELI
Società Italiana di Medicina Generale

Nell'ottica di un'assistenza medica di qualità, chiedere della salute sessuale vuol dire sondare gli aspetti biologici, sociali e psicologici di ogni paziente operando una vera medicina di integrazione¹.

Dovrebbe essere spontaneo chiedere al paziente del suo stato di salute sessuale come è spontaneo chiedere, ad esempio, se digerisce bene.

Perché quindi chiedere ai pazienti se vi sono problemi sessuali?

Innanzitutto perché in generale i problemi della sfera sessuale e le disfunzioni sessuali (DS), in particolare, sono molto comuni, più di quanto possiamo immaginare.

La prevalenza delle DS nella popolazione generale è stimata nell'ordine del 52% negli uomini e nel 63% nelle donne^{2,3}.

Il 75% delle coppie che giungono nei consultori familiari, e quasi tutte le donne che richiedono una generica visita ginecologica, presentano disturbi sessuali^{4,5}.

Le DS possono inoltre essere un sintomo di una malattia organica o psichiatrica. Talvolta è possibile, nell'approfondimento di una storia di DE, porre diagnosi precoce di patologie cardiovascolari, di depressione o di diabete.

La DS può essere un effetto indesiderato di un farmaco (terapia con beta-bloccanti) o di un intervento chirurgico (una resezione transuretrale).

La raccolta anamnestica relativa alla sessualità può anche spiegare lo stato attuale di un paziente: soprattutto nelle donne, ansia e depressione possono essere correlate ad una storia pregressa di violenza o abuso sessuale. L'appagamento sessuale è associato ad uno stato soggettivo di benessere ed alla sensazione di felicità, tanto che qualcuno ha ipotizzato una correlazione tra questo benessere e longevità⁶. È questo uno dei motivi per cui la salute sessuale deve essere considerata una parte integrante dello stato generale di un individuo.

Non chiedere o approfondire la storia sessuale di un individuo può anche comportare rischi medico-legali: una donna con ricorrenti episodi di cervicite, deve essere interrogata relativamente alle sue abitudini sessuali ed informata che rapporti sessuali con più partner, possono aumentare il rischio di infezioni da HPV e conseguentemente di carcinoma della cervice uterina. Nel caso si verificasse questa evenienza la paziente potrebbe affermare di non aver mai ricevuto informazioni in tal senso e quin-

di di non aver ricevuto un'assistenza sanitaria ottimale.

Occuparsi di questo problema significa inoltre occuparsi in altro modo del benessere dei pazienti: infatti poiché in molti casi le DS sono associate, soprattutto nell'uomo, a cattive abitudini di vita, affrontare questo argomento permetterà ancora una volta al medico di dare consigli generali sul miglioramento dei comportamenti (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione, stress).

Molto importanti sono le ripercussioni di una delle più frequenti DS maschili, la DE, nella partner e nella coppia. Le reazioni della partner di solito esprimono:

- ansia per la responsabilità personale: "è colpa mia?";
- depressione e perdita del proprio senso di attrazione: "non lo eccito più";
- sensi di colpa "non ci so fare" "mi sono dedicata troppo alla famiglia/lavoro";
- calo dell'autostima "non mi ama più";
- frustrazione e perdita di sicurezza: "c'è qualcun'altra?";
- rabbia e irritazione "gli avevo detto di curarsi".

Inoltre l'impatto di un rapporto focalizzato sulla performance, non soddisfacente per entrambi può essere devastante per la coppia.

La conseguenza più frequente è che la partner si adatti e:

- non senta più la mancanza del rapporto sessuale;
- non ricerchi un rapporto che non le dà le emozioni desiderate;
- sviluppi DS "secondarie".

Queste sono motivazioni molto importanti per intraprendere, nel caso di DE, il percorso diagnostico indispensabile per un buon approccio terapeutico.

Le DS sono sottodiagnosticate e, conseguentemente, sottotrattate a causa principalmente della riluttanza dei pazienti e dei medici a parlare della funzione sessuale. Questa affermazione è contenuta in un documento pubblicato dieci anni fa⁷ e nonostante in questi anni di DS se ne parli molto di più, la situazione sembra essere cambiata solo di poco.

Se il medico è in imbarazzo o pensa che il paziente possa sentirsi a disagio affrontando questo tema, è possibile introdurre il tema ad esempio dicendo: "la salute sessuale è un aspetto importante del benessere di ogni individuo e io chiedo sempre ai miei assistiti come va la loro vita sessuale. Se per lei va bene vorrei farle qualche

domanda su questo aspetto". Cominciare a creare un ambiente, per così dire liberante e di confidenza, può aiutare il paziente a sentirsi maggiormente a proprio agio e a parlare più serenamente. Il medico deve anche evitare di esprimere giudizi su comportamenti o orientamenti sessuali. Su questi ultimi ad esempio, se non si conosce bene il paziente, sarebbe meglio usare il termine *partner* piuttosto che "ragazzo/a" o "fidanzato/a" o "marito" o "moglie". È stato dimostrato che sarà poi spontaneamente l'interessato che parlerà di "marito" o "moglie".

È assolutamente importante che durante la discussione il medico si renda conto che il paziente comprenda l'esatto significato dei termini. Sarebbe opportuno non usare termini da un lato troppo scientifici e dall'altro troppo volgari, ma approfittarne per insegnare al paziente la giusta terminologia.

Il medico deve anche percepire quando il paziente è riluttante ad aprirsi su queste tematiche durante un primo colloquio; se ciò avviene è meglio rimandare ad un successivo incontro.

È stato dimostrato che la maggior parte delle persone preferisce che sia il medico ad iniziare la discussione sull'argomento⁸. È possibile, ad esempio, esplorare la funzione sessuale all'interno di un discorso relativo alla problematiche legate alle malattie croniche o all'uso di determinati farmaci. Si può usare la tecnica dell'"*informare-e-sondare*", per esempio nel caso della DE, fornendo dapprima un'informazione relativa alle condizioni in cui comunemente essa si associa per poi chiedere al paziente se si trova nella stessa situazione. Ad esempio: "... molti uomini che hanno il diabete presentano dei problemi relativi alla loro attività sessuale: le è mai capitato qualcosa del genere?". Nel caso di una donna invece "... molte donne dopo la menopausa presentano dei problemi relativi alla loro attività sessuale: le è mai capitato qual-

cosa del genere?" oppure ancora "... molte delle persone che usano questo farmaco hanno lamentato dei problemi relativi alla loro attività sessuale: le è mai capitato qualcosa del genere?" e così via per problemi o disturbi urinari o prostatici o uterini o quando prescriviamo contraccettivi o terapie sostitutive.

L'ambulatorio del Medico di famiglia è la sede ideale per fare prevenzione sulle patologie legate alla sfera sessuale e la grande opportunità è data dalla conoscenza che abbiamo del paziente e del suo ambiente. Curando tutte le fasce di età e tutte le tipologie di aggregati sociali (single, famiglie nucleari o allargate, separati, vedovi) i Medici di Medicina Generale hanno a che fare con un spaccato reale e fedele della società in cui gli interventi di promozione alla salute, di cura e di modificazione di comportamenti scorretti possono risultare più efficaci.

Bibliografia

- 1 Wilson H, McAndrew S. *Sexual health: foundations for practice*. New York: Bailliere Tindall 2000;xi.
- 2 Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. *Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey of 329 women in an outpatient gynecological clinic*. J Sex Marital Ther 1993;19:171-88.
- 3 Read S, King M, Watson J. *Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner*. J Public Health Med 1997;19:387-91.
- 4 Moore JT, Goldstein Y. *Sexual problems among family medicine patients*. J Fam Pract 1980;10:243-7.
- 5 Nusbaum MR, Gamble G, Skimer B, Heiman J. *The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care*. J Fam Pract 2000;49:229-32.
- 6 Palmore EB. *Predistors of the longevity difference: a 25-years follow-up*. Gerontologist 1982;22:513-8.
- 7 National Institutes of Health Consensus Conference on Impotence. JAMA 1993;270:83-90.
- 8 Metz ME, Seifert MH Jr. *Men's expectations of physicians in sexual health concerns*. J Sex Marital Ther 1990;16:79-88.