

Disturbi della sessualità in menopausa: aspetti psicologici ed approcci terapeutici

Prof.ssa Paola Ciolli, Dott.ssa Agnese M.L. Gambaro, Dott.ssa Simona Carboni, Dott.ssa Francesca Ciccarone.

Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia, Policlinico Umberto I, Roma.

Viviamo in un mondo competitivo, con la costante pressione addosso di essere meglio degli altri. Ma il "meglio" ci viene imposto secondo parametri inarrivabili e, spesso, assurdi. Così già le adolescenti pensano di non essere adeguate e chiedono interventi di chirurgia plastica per i diciotto anni, mentre sono nel pieno dello sviluppo e potrebbero modellare il proprio corpo con la dieta e la palestra. Ma se un messaggio è così forte da sconcertare le giovani in piena forma, che impatto può avere su quelle donne che non sono più così giovani, e devono affrontare cambiamenti fisici non del tutto positivi? Una donna in menopausa vede il "decadimento" e l'involuzione del proprio corpo, interiormente sente la difficoltà di accettare le modificazioni del corpo, della vita relazionale, affettiva e di coppia, e combatte, a volte, una lotta contro il tempo: per restare "giovane", "stare al passo" sia come performance che come aspetto fisico, attenersi ai canoni di bellezza ormai rigidissimi e davanti ai quali è difficile sentirsi adeguata, "reggere il confronto" con le donne più giovani e più attraenti. La perfezione (fisica) ed il vivere ad alta performance sono applicati a tutti i campi, il corpo è una merce e la sessualità è un'esca, che "vende" qualunque prodotto. Ma, dall'altra parte, la sessualità tra persone mature non ha più il significato procreativo, ed agli occhi di molti ha anche un che di disgustoso, perché si fa spesso l'errore di giudicare solo l'idea fisica di due corpi non più freschi uniti, che di certo non è attraente come quella di due ventenni, e non si va oltre a pensare al sentimento ed al legame che si esplicano nell'unione di due persone adulte. In questo scenario, la donna si trova a sentirsi inadeguata, non più desiderabile, a volte fino a convincersi di non essere più meritevole di attenzioni sessuali: questo si riflette anche sul partner, che si allontana o viene allontanato, in quanto specchio di tutti i cambiamenti della donna. Non è da considerarsi un problema quando la "ritirata sessuale" è desiderata dalla donna, in quanto questa la vede come una liberazione da un impegno, e dal senso di competizione e frustrazione che ne può derivare, mentre lo diventa quando questa è temuta, poiché all'interno della coppia si vengono a creare tensioni.

A questo si vanno ad aggiungere i cambiamenti fisiologici, che vanno, a volte, a rendere meccanicamente difficoltosi i rapporti.

Possiamo, quindi, riconoscere nelle disfunzioni sessuali femminili,

un'eziologia multifattoriale: psicologica, biologica, contesto-dipendente. Dal punto di vista biologico, il calo degli ormoni androgeni (implicati nella risposta centrale sessuale e nella vasodilatazione del clitoride) ed estrogeni (implicati nella lubrificazione vaginale e nei 5 sensi), interferendo con le componenti somatiche, emotive, cognitive che motivano e condizionano l'efficienza centrale del comportamento sessuale. Tuttavia, la soddisfazione sessuale non è inficiata dall'età e dai cambiamenti fisici, che possono essere vissuti come naturali passaggi. È sostenuta da buona accettazione di sé, precedente vita sessuale gratificante, stato di salute della coppia, relazione affettiva, autostima, buona percezione corporea¹.

La risposta sessuale si gioca sul triangolo soma-emozioni-sentimenti, e si sviluppa in 3 fasi secondo Kaplan^{2,3} (desiderio-eccitamento-orgasmo), mentre ha un divenire di tipo circolare secondo Besson⁴ (interesse-desiderio-eccitazione-plateau-orgasmo-rilassamento-periodo refrattario), ed in qualunque di questi punti si possono instaurare problematiche, che vanno ad inficiare la funzione sessuale.

Le disfunzioni sessuali femminili, quindi, possono essere suddivise in:

- disturbi del desiderio sessuale;
- disturbi dell'eccitazione;
- disturbi dell'orgasmo;
- disturbi caratterizzati da dolore genitale.

La menopausa si inserisce come concausa dei disturbi del desiderio sessuale per difetto in quanto la diminuzione degli estrogeni causa riduzione dei caratteri sessuali secondari e perdita della percezione biologica di femminilità, e la diminuzione degli androgeni causa sindrome da insufficienza androgenica per diminuzione testosterone, perdita del desiderio e/o della libido, scarsa assertività, diminuzione energia vitale, perdita dei peli pubici e riduzione della massa muscolare. Influiscono sulla sessualità anche l'aumento della prolattina, l'ipotiroidismo, fattori psicosessuali e legati alla relazione con il partner.

I disturbi del desiderio si possono dividere in:

- Disturbo ipoattivo del desiderio e dell'interesse sessuale⁶⁻⁹:
mancanza/riduzione di interesse e/o desiderio (pensieri-fantasie, incluso desiderio responsivo, con distress);
- Disturbo da avversione sessuale: Disgusto e/o ansia al pensiero di qualsiasi attività sessuale.⁵

Questi disturbi sembrerebbero prevalentemente su base psicologica, ma un ruolo molto importante è giocato dalla diminuzione del testosterone. Sicuramente influisce il rapporto con il proprio corpo e con il partner: se nella vita fertile la coppia non ha riscontrato problematiche di tipo sessuale, di solito conserva una complicità ed un'attrazione che prescindono dalle

mutazioni fisiologiche del corpo, e lo stesso testosterone, che è l'ormone che "gestisce" il desiderio, rimane a valori normali e si autoincentiva.

Per quanto riguarda i disturbi dell'eccitazione, possiamo distinguere:

- disturbi per difetto, persistente o ricorrente, con base mentale (centrale), periferica genitale (lubrificazione, congestione), o periferica non genitale;
- disturbi per eccesso, con persistente eccitazione o congestione, anche in assenza di desiderio.

In questo quadro la menopausa si inserisce agendo sui disturbi dell'eccitazione per difetto, in quanto:

- a livello centrale, la diminuzione della produzione estrogenica genera ansia, depressione, disturbi del sonno, e la diminuzione degli androgeni decrementa l'attività centrale per la risposta sessuale;
- a livello genitale, la diminuzione degli estrogeni causa carenze nella lubrificazione e secchezza, la diminuzione del VIP influisce negativamente sul desiderio e sull'eccitazione, il decremento di androgeni e NO inficia la vasodilatazione dei corpi cavernosi del clitoride;
- a livello periferico non genitale la carenza di estrogeni causa alterazioni dei 5 sensi e della secrezione salivare.⁷

In grande considerazione sono da tenere eventuali cause vascolari (fumo, aterosclerosi, ipercolesterolemia), neurologiche, iatrogene, e l'aumentata incidenza di cistiti postcoitali (favorita da minore lubrificazione e trofismo delle mucose da carenza estrogenica).

Per quanto concerne i disturbi dell'orgasmo, la menopausa agisce con la riduzione componente contrattile (diminuzione del tono muscolare dei corpi cavernosi, patologie dell'elevatore dell'ano con ipo o ipertono), riduzione della congestione e dispareunia. A questo si aggiungono altre patologie comuni nell'invecchiamento, come l'incontinenza urinaria, la depressione (trattata con farmaci come gli antidepressivi triciclici, e gli inibitori della serotonina), e cause motivazionali, affettive, relazionali.

Una grossa influenza, inoltre, hanno i disturbi caratterizzati da dolore: dispareunia, vaginismo e dolore non coitale, tutti collegati alla carenza estrogenica.

Le FSD (Female sexual disfunctions) sono patologie multisistemiche e multifattoriali, e sono correlate con: età (deterioramento prima funzionale e poi anatomico), menopausa, malattie (depressione, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, aterosclerosi, malattie neurologiche, distrofie vulvari, tono pavimento pelvico, incontinenza), fattori iatrogeni, di relazione con il partner e di salute e sessualità del partner (fattori fortemente predittivi di come cambierà la sessualità femminile in menopausa)⁵⁻¹³.

La prevenzione ed il trattamento dei disturbi della sessualità femminile passano per la raccolta accurata dell'anamnesi (esistenziale, psicoaffettiva,

relazionale, percezione del proprio corpo, immagine, capacità di ristrutturazione della propria immagine, dimensione di coppia), e la valutazione del disturbo, specie nei suoi tempi e modi di comparsa, (da sempre presente o acquisito; generalizzato o situazionale; distress assente o lieve o medio o grave).⁸

Durante la valutazione bisogna tenere conto che la vita sessuale è caratterizzata da numerose componenti: intimità, momento ludico ricreativo, relazione, piacere, affettività, autoaffermazione, rapporti sessuali, tenerezza, condivisione, gratificazione, coccole, sentimento, benessere, rilassamento, tutte allo stesso modo rilevanti. Il medico, quindi, durante la consultazione, deve porre l'accento sul fatto che la sessualità è un'esperienza soggettiva interiore, e l'agenda è individuale e dinamica, dipendente dagli eventi della vita.

Per l'eterogeneità dei disturbi e la frequente comorbidità, il trattamento delle FSD richiede un approccio multidisciplinare ed integrato, che coinvolge numerosi specialisti: ginecologo, andrologo, urologo, psichiatra, sessuologo, psicoterapeuta e terapeuta sessuale.¹⁵

Per quanto concerne la terapia ginecologica, sono a disposizione numerosi preparati di tipo ormonale, che favoriscono l'attenuazione dei disturbi legati alle carenze ormonali. In particolare segnaliamo gli androgeni e la HRT, il DHEA, il tibolone, ed il testosterone.¹⁷

Bibliografia

1. Simonelli C. *Psicologia dello sviluppo sessuale ed affettivo*, Carocci 2002.
2. Kaplan H.S., *The new sex therapy: Active Treatment Of Sexual Dysfunctions*. Brunner-Mazel, New York, 1974.
3. Kaplan H.S., *Disorders of desire*. Brunner-Mazel, New York, 1979.
4. Masters W.H., Johnson V.E., *Human Sexual Response*. Little Brown, Boston, 1966
5. Dennerstein L, Hayes R, Sand M, Lehert P. Attitudes toward and frequency of partner interactions among women reporting decreased sexual desire. *J Sex Med*. 2009 Jun;6(6):1668-73. Epub 2009 Apr 23.
6. Graziottin A, Koochaki PE, Rodenberg CA, Dennerstein L. *The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: an epidemiological study of women in four European countries*. *J Sex Med*. 2009 Aug;6(8):2143-53. Epub 2009 May 7.
7. Ryan J, Burger HG, Szoeki C, Lehert P, Ancelin ML, Henderson VW, Dennerstein L. *A prospective study of the association between endogenous hormones and depressive symptoms in postmenopausal women*. *Menopause*. 2009 May-Jun;16(3):509-17.
8. Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD, DeRogatis LR, Lehert P. *Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women*. *J Sex Med*. 2008 Oct;5(10):2291-9. Epub 2008 Jul 14.
9. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. *Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women*. *J Sex Med*. 2006 Mar;3(2):212-22.
10. Hayes R, Dennerstein L. *The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies*. *J Sex Med*. 2005 May;2(3):317-30. Review.
11. Dennerstein L, Hayes RD. *Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause*. *J Sex Med*. 2005 Sep;2 Suppl 3:118-32. Review.
12. Dennerstein L, Goldstein I. *Postmenopausal female sexual dysfunction: at a crossroads*. *J Sex Med*. 2005 Sep;2 Suppl 3:116-7
13. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. *The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal*

transition. Fertil Steril. 2005 Jul;84(1):174-80.

14. Dennerstein L, Lehert P. *Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries*. Menopause. 2004 Nov-Dec;11(6 Pt 2):778-85.

15. Dennerstein L, Anderson-Hunt M, Dudley E. *Evaluation of a short scale to assess female sexual functioning*. J Sex Marital Ther. 2002 Oct-Dec;28(5):389-97.

16. Dennerstein L, Lehert P. *Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study*. J Sex Marital Ther. 2004 May-Jun;30(3):173-83.

17. Alexander JL, Kotz K, Dennerstein L, Kutner SJ, Wallen K, Notelovitz M. *The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials*. Menopause. 2004 Nov-Dec;11(6 Pt 2):749-65. Review.