

3.1.15 Terapia delle disfunzioni sessuali correlate

di A. Graziottin

Introduzione

I sintomi del basso tratto urinario sono un forte fattore di rischio per le disfunzioni sessuali femminili (FSD), che comprendono sia i disturbi dell'arousal sessuale sia i disturbi da dolore sessuale. I fattori fisiopatologici che portano ad una comorbilità tra incontinenza da urgenza e FSD molto spesso iniziano nella prima infanzia o nell'adolescenza.

Implicazioni psicosessuali dell'incontinenza urinaria

L'incontinenza urinaria, ad ogni età, si **ripercute negativamente sull'equilibrio psicoemotivo** del soggetto, e della donna in particolare, in quanto **frustra**, a vari livelli, proprio i bisogni psicosessuali fondamentali: **attaccamento, autonomia, identità sessuale, autostima e autorealizzazione**.

Se l'incontinenza **persiste** o **ricompare** durante le prime fasi dello sviluppo psicosessuale, cioè durante l'**infanzia** o l'**adolescenza**, essa agisce come **noxa ritardante il raggiungimento della piena maturità**. Si **rallenta** infatti il processo di **autonomia** e si **incrina** la crescita dell'autostima, per la quale il controllo sfinterico rappresenta una pietra miliare già nella prima infanzia.

In parallelo il logorio dell'energia compensatoria familiare che il problema comporta spesso **compromette gli equilibri relazionali**, soprattutto se il problema viene erroneamente interpretato come risultato di una cattiva volontà o di scarso controllo e pigrizia, o insensibilità verso il carico di lavoro domestico che la gestione del problema comporta. Questo giudizio familiare negativo mina, soprattutto nell'adolescenza, il **grado di autostima** della ragazza, che si sente **colpevole** del problema senza che nessuno le fornisca gli strumenti terapeutici per fronteggiarlo.

Se, invece, l'incontinenza compare **nell'età adulta**, essa determina:

- **frustrazione progressiva dei bisogni psicosessuali**, interessando prima i più maturi e successivamente i più arcaici, ripercorrendo cioè in senso inverso (come succede per tutte le regressioni) l'ontogenesi dello sviluppo psicosessuale;
- **frustrazione del bisogno di autostima e autorealizzazione**: la riduzione del tempo interminzionale e della capacità di controllare volontariamente il momento della minzione stessa feriscono anzitutto questi bisogni, sia direttamente, sia perché comportano una progressiva riduzione degli spazi e del tempo di movimento libero da "urgenze". Le attività extradomestiche – viaggi, impegni affettivi, familiari e professionali, persino il fare la spesa – vengono progressivamente coartate fino a una vera e propria "autoghettaizzazione" in casa, con inevitabili ripercussioni di tipo depressivo e autosvalutativo;
- **compromissione dell'immagine di sé**: si pensi, per quanto riguarda la percezione cenestesica, alla degradazione "olfattiva", per la persistenza dell'odore di urina, spesso soggettivamente e dolorosamente amplificata; al fastidio e al

dolore per la macerazione cutanea, più frequente nelle obese; all'umiliazione e all'imbarazzo di sentirsi "bagnata", ma di urina. Questa compromessa immagine di sé può portare la donna a viversi come un "**oggetto deteriorato**": la riduzione dell'autostima e l'autosvalutazione come oggetto di desiderio finiscono allora per ripercuotersi inevitabilmente anche sull'identità sessuale e sulla funzione sessuale. Una scadente percezione di sé **paralizza infatti il desiderio**, con la conseguente comparsa di un **atteggiamento di evitamento** nei confronti del rapporto sessuale, vissuto come ulteriore sorgente di frustrazione invece che di piacere. Atteggiamento rinunciatario **rinforzato** – in **postmenopausa** – dalla **fisiologica riduzione** della **lubrificazione vaginale** (con conseguente sensazione di "secchezza", fino alla dispareunia) e dalla frequente comparsa di cistiti post-coitali, la cui genesi distrofica (e psicosomatica) viene spesso sottovalutata. E con il rischio, a cascata, di un possibile deterioramento del rapporto di coppia;

- **frustrazione del bisogno di autonomia**, specie se l'incontinenza è grave. L'ospedalizzazione e la separazione della famiglia possono allora rappresentare per la paziente gravemente incontinente l'ultimo atto di un processo di abbandono e solitudine che va a minare anche il più essenziale dei bisogni umani, quello cioè di attaccamento affettivo a persone significative, soprattutto in età postmenopausale e senile;
- **aggravamento delle conseguenze psicosessuali** della **menopausa** e della **crisi di identità** secondaria all'involuzione dei caratteri sessuali secondari e all'accelerazione del processo di invecchiamento in tutte quelle donne che non facciano una terapia ormonale sostitutiva. Gli **estrogeni** sono infatti i **fattori permittenti** affinché il **VIP** (Vaso Intestinal Peptide) e gli altri **neurotrasmettitori** coinvolti nella risposta sessuale possano "**tradurre**" il **desiderio**, in senso psichico, in **risposta congestizia pelvica e lubrificazione vaginale**. In loro assenza, e con l'effetto sommatorio dell'involuzione dell'apparato pelvico di sostegno, la donna lamenta una difficolta lubrificazione, la sensazione di secchezza vaginale fino alla dispareunia, le cistalgie e le sindromi uretrali post-coitali, il viraggio insomma dal piacere al dolore nella percezione genitale;
- l'incontinenza da stress o da urgenza possono causare anche **disfunzioni dell'arousal sessuale e dell'orgasmo**, soprattutto per la paura di perdere urina durante i movimenti coitali nella prima forma di disturbo, e all'orgasmo, nella seconda;
- almeno il **10%** delle incontinenti di tipo **frequency** riconosce nei cofattori psicogeni un'importante elemento eziopatogenetico primario o di peggioramento del problema. Tra questi il più comune è un'ansia cronica di lunga durata. Ansia che può essere complicata da dinamiche autopunitive e dall'incapacità di controllare impulsi ostili. Non ultimo, va ricordata una "**diatesi funzionale**" urogenitale, rilevabile quando si conduca un'anamnesi psicosessuale accurata; molte pazienti affette da **urgency** rivelano l'incapacità di reggere elevate tensioni psicofisiche, tra cui anche un'elevata tensione vescicale e/o intense pulsioni erotiche;

- sarebbe proprio questa incapacità l'elemento eziopatogenetico critico, in grado di condizionare un abbassamento progressivo della soglia di contrazione detrusoriale, attraverso la progressiva depressione del controllo inibitorio corticale sugli archi riflessi midollari pertinenti alla funzione della continenza vescicale. Controllo cui normalmente partecipano **circuiti prefrontali e limbici**, importanti, com'è noto, nel mediare il **“tono affettivo”** delle funzioni neurovegetative e volontarie. La depressione tende invece a ridurre la motivazione al controllo. Forti **conflitti coniugali** possono **esasperare il sintomo**, che può diventare un alibi per evitare un'intimità sessuale non più desiderata o francamente detestata.

Prospettive terapeutiche

Le strettissime connessioni tra funzione urinaria e funzione sessuale suggeriscono nuove chiavi interpretative e applicative alle attuali strategie terapeutiche di tipo medico (endocrine, farmacologiche, fisioterapiche) proposte per il trattamento dell'incontinenza urinaria da stress e da urgenza.

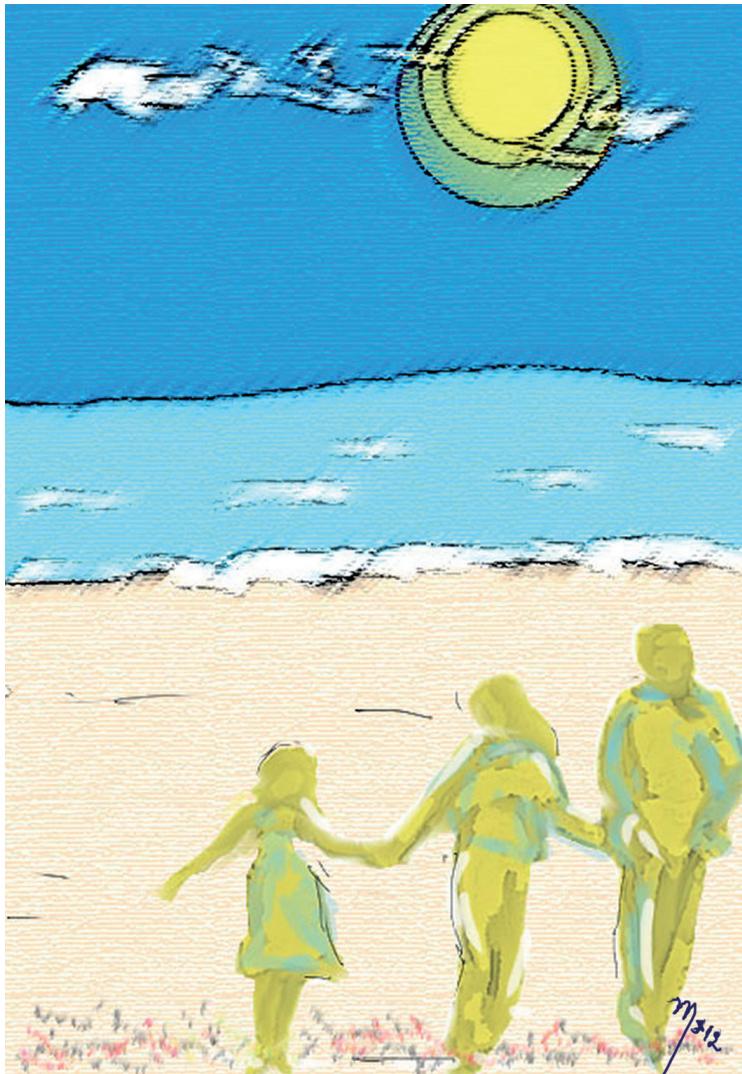
È fondamentale garantire il miglior trofismo pelvico possibile, specie nelle donne in post-menopausa, mediante terapia sostitutiva estrogenica, per via locale o generale. Ansia e depressione potranno essere modulate sia farmacologicamente, almeno a breve termine, sia mediante tecniche di rilassamento e brevi psicoterapie a orientamento supportivo-espressivo, specie nei casi in cui l'anamnesi evidenzi una forte componente psicogena. Dati recenti suggeriscono che la combinazione fra terapia ormonale sostitutiva e antidepressivi dia risultati significativamente migliori in termini di miglioramento della depressione e qualità della vita (Graziottin e Serafini 2009). È possibile che questa sinergia si ripercuota anche sui sintomi urinari, ma a conoscenza delle Autrici non vi sono studi specifici al riguardo. L'utilizzo di tecniche di biofeedback e di terapie sessuali brevi può migliorare la capacità di controllo sulla minzione agendo a molteplici livelli. Oltre all'aumento del controllo volontario sui muscoli perineali e all'attivazione di alcuni riflessi pertinenti la continenza, tali strategie possono migliorare la percezione dello schema corporeo relativo all'area pelvica (spesso scotomizzata in queste pazienti), ridurre l'ansia associata alle funzioni urogenitali, innalzare la capacità di reggere più alti livelli di tensione e, non ultimo, costituire un'occasione di riflessione e di miglioramento delle dinamiche psicosessuali individuali. Sono probabilmente queste le ragioni per cui, in circa il 20% delle pazienti affette da incontinenza urinaria e trattate con riabilitazione del pavimento pelvico, si è ottenuto anche un miglioramento della funzione edonistica dell'area urogenitale, con una crescente capacità di percepire sensazioni piacevoli, fino all'orgasmo, anche in pazienti prima parzialmente o completamente anedoniche.

L'approfondimento delle implicazioni emotive delle funzioni pelviche dovrebbe potenziare anche i risultati terapeutici della terapia ormonale sostitutiva e della riabilitazione perineale, migliorando al contempo la competenza minzionale, l'immagine di sé e, se desiderata, anche la funzione sessuale.

Bibliografia

- Deng D.Y., *Urinary incontinence in women*, Med. Clin. North. Am. 2011; 95: 101-9.
- Wehbe S.A., Whitmore K., Kellogg-Spadt S., *Urogenital complaints and female sexual dysfunction (part 1)*, J. Sex. Med. 2010; 7: 1704-13.
- Wehbe S.A., Kellogg S., Whitmore K., *Urogenital complaints and female sexual dysfunction, Part 2*, J. Sex. Med. 2010; 7: 2304-17.
- Graziottin A., Serafini A., *Depression and the menopause: why antidepressants are not enough?*, Menopause International 2009; 15: 76-81
- Graziottin A., Serafini A., Palacios S., *Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction*, Maturitas 2009; 63: 128-34.

Libro Bianco sull'incontinenza urinaria



© by **FINCO**

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro, senza l'autorizzazione scritta della **Federazione Italiana Incontinenti**, ad eccezione dell'articolo "La gestione dell'incontinenza urinaria nell'anziano: appropriatezza e sostenibilità" la cui proprietà è della Fondazione Italiana Continenza.

Promotore del Progetto

FINCO

Federazione Italiana Incontinenti

Responsabile Scientifico

Prof. Lucio Miano

Capo Redattore

Dott. Ivan Martines

Direttore Editoriale

Dott. Aldo Franco De Rose

Comitato Editoriale

Lucio Miano (Coordinatore), Arianna Bortolami, Carmela Crescenzo, Nadia Crotti, Aldo Franco De Rose, Antonio Di Giorgio, Francesco Diomede, Vincenzo Falabella, Rosa Lagreca, Ivan Martines, Renato Poddi, Maria Ripesi, Marcello Stefani, Maddalena Strippoli.

Foto di copertina concessa dall'Avv. Marcello Stefani.

Tutti i diritti riservati.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2012
presso Di Canosa Stampa Editoriale
Cassano delle Murge (Ba)

INDICE

Indice alfabetico degli autori	8
1. Considerazioni introduttive	13
1.1 Considerazioni introduttive	13
1.2 A chi è destinato il Libro Bianco	15
1.3 La struttura del Libro Bianco	15
1.4 Gli organismi coinvolti	16
2. La natura e le dimensioni sanitarie del problema	19
2.1 Inkontinenza urinaria – definizione, fisiologia e fisiopatologia della minzione	19
2.2 Epidemiologia: dati internazionali	28
2.3 Epidemiologia: dati nazionali	31
2.4 Quali e quanti sono i Centri FINCO in Italia	33
2.4.1. Dati questionario Centri FINCO	33
2.5 Costi dell'inkontinenza in Italia	39
2.6 Rapporto Istat spesa interventi e servizi sociali	40
3. Bisogni terapeutici, sociali e psicologici	41
3.1 Bisogni Terapeutici	41
3.1.1. Aspetti preventivi	41
3.1.2. La Gestione dell'Inkontinenza Urinaria nell'Anziano: Appropriatezza e Sostenibilità	48
3.1.3. I presidi anti-inkontinenza	52
3.1.4. La gestione di I e II livello	55
3.1.5. Flow Chart Clinico-Diagnostica dell'inkontinenza urinaria femminile	64
3.1.6. La riabilitazione del pavimento pelvico	65
3.1.7. Terapia medica con premesse diagnostiche	82
3.1.8. Introduzione all'inkontinenza urinaria funzionale dell'età pediatrica	89
3.1.9. Terapia chirurgica della inkontinenza urinaria femminile	95
3.1.10. Terapia chirurgica della inkontinenza urinaria maschile	102
3.1.11. Neuromodulazione Sacrale	107
3.1.12. Il cateterismo intermittente nella donna	109
3.1.13. Il cateterismo intermittente nel bambino	111
3.1.14. Il cateterismo intermittente nell'uomo	115
3.1.15. Terapia delle disfunzioni sessuali correlate	118

3.1.16. Inkontinenza urinaria e masturbazione femminile	121
3.1.17. La carta dei diritti sessuali	125
3.1.18. La cartella integrata	126
3.2 Bisogni Sociali e Psicologici	132
3.2.1. Le problematiche sociali legate alla inkontinenza urinaria; aspetti psicologici e sociali	132
4. Aspetti Legislativi	141
4.1 I diritti dell'incontinenti	141
4.2 Le "Carte dei servizi"	144
4.3 Principali tipologie di ausilii assorbenti	145
4.4 Nomenclatore protesico (D.M. n. 332/99)	146
4.5 Carta dei diritti delle persone incontinenti	151
4.5.1. Carta dei diritti delle persone incontinenti in Italia	151
4.5.2. Carta dei diritti delle persone incontinenti nel mondo	152
4.6 Attività ed intenti della Finco	153
4.7 Vivere l'inkontinenza	157
5. Il Sommerso	161
5.1 Inkontinenza e sommerso: un binomio da cancellare	161
6. Considerazioni conclusive	165
Cariche Istituzionali FINCO	167
Appendice A – Questionario Centri FINCO	168
Appendice B – Censimento Centri FINCO	172
Appendice C – Glossario	200