

Disturbi del desiderio: ruolo dei feed-back genitali negativi

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttrice del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano
www.alessandragraziottin.it

Introduzione

I disturbi del desiderio sessuale sono lamentati dal 19% delle donne tra i 18 e i 49 anni, dal 32% delle donne della stessa fascia di età sottoposte a ovariectomia bilaterale; sale al 48% dai 50 ai 70 anni (1-3). Si parla di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD) quando la perdita del desiderio sessuale causa significativo distress personale (4). Tra i fattori endocrini, anche nella donna il testosterone è il più potente alleato biologico endocrino del desiderio e della risposta sessuale femminile (Tab. 1) Anche per questo, l'HSDD viene in genere attribuito a fattori endocrini, quali la perdita degli ormoni sessuali, e, in particolare, del testosterone dopo menopausa chirurgica (4-9). Ancor più l'HSDD viene attribuito a fattori psicologici personali o di coppia, considerati in assoluto i più importanti in ambito psicosessuale ma anche medico (10).

Tuttavia, il desiderio può essere inibito o totalmente bloccato da fattori genitali – biologici e/o sessuali –, che agiscono sul desiderio e sull'eccitazione mentale con potente feed-back negativo e che sono purtroppo negletti nella pratica clinica (11-13). Quasi di regola, infatti, l'anamnesi di HSDD induce il ginecologo ad inviare immediatamente la donna allo psicologo o al sessuologo, senza un'adeguata valutazione dei fattori genitali che possono concorrere al problema (10). Se il ginecologo omette questa essenziale valutazione diagnostica, nessun altro medico, né tanto meno lo psicosessuologo, la farà (11,13). E la donna rischia di perdere mesi o anni in psicoterapie inutili, se non dannose, di spendere sul fronte sbagliato, di vedere la relazione logorata o distrutta, quando il problema poteva essere ben e tempestivamente affrontato con la diagnosi adeguata sul fronte genitale.

Obiettivo del lavoro

L'analisi dei molti fattori biologici genitali di perdita – primaria o secondaria – del desiderio sessuale è l'obiettivo del lavoro.

Metodo

L'analisi dei fattori biologici genitali che possono inibire il desiderio si basa sulla revisione della letteratura, peraltro molto limitata sull'argomento, e, soprattutto, sull'esperienza clinica dell'Autrice.

Risultati

La funzione sessuale femminile comprende desiderio, eccitazione mentale e fisica, orgasmo, soddisfazione fisica ed emotiva. Può essere immaginata con andamento circolare, in cui è immediato comprendere il ruolo dei feed-back positivi e negativi su interagiscono con le altre dimensioni della funzione sessuale (Fig. 1).

Il dolore coitale (dispareunia) è la prima causa genitale di inibizione del desiderio (11,13-20), che può essere logorato fino a scomparire, con molteplici modalità: perché il dolore è il più grande divoratore di energia vitale, energia che sta alla base anche del desiderio sessuale (il cui correlato neurobiologico è l'attività del sistema dopaminergico); perché la dispareunia, superficiale e/o profonda, causata da patologie vulvare, genitali e/o pelviche, finisce con il bloccare qualsiasi disponibilità sessuale, almeno per autoprotezione da ulteriore dolore; per la inibizione riflessa della lubrificazione vaginale associata al dolore stesso; per la depressione reattiva al dolore, alla malattia e al suo impatto drammatico sulla vita personale e relazionale (13-18). Per questo in caso di **disturbi del desiderio e comorbilità con dolore vulvare, genitale o pelvico e/o di concomitante dispareunia**, è necessaria una rigorosa anamnesi e valutazione clinica per diagnosi e terapie mirate. In particolare, il ginecologo dovrà valutare l'eventuale presenza di

molteplici cause di dolore, effettuare un'accurata diagnosi differenziale e impostare una terapia etiologicamente orientata.

Nello specifico:

* **la dispareunia introitale**, o superficiale, in cui il dolore/bruciore è avvertito all'entrata vaginale, può essere associata a molteplici fattori genitali quali:

1. **patologie imenali**: imene fibroso, setto, cercinato, responsabili di dispareunia severa fin dal primo rapporto (dispareunia primaria, o lifelong). I microtraumi della mucosa conseguenti ai ripetuti tentativi di penetrazione possono attivare un'infiammazione cronica che contribuisce alla vestibolite vulvare(14,15,17);
2. **iperattività del muscolo elevatore dell'ano**: può essere **primaria** ("miogena"), documentabile con elettromiografia effettuata da neurologo esperto delle comorbilità anche sessuali dell'ipertono dell'elevatore. Se severa, può causare un vaginismo di IV° grado, resistente a qualsiasi psicoterapia e che necessita invece la terapia farmacologica ripetuta con **tossina botulinica** (20). L'iperattività dell'elevatore può essere **secondaria: alla fobia della penetrazione**, ed essere parte di un ipertono reattivo generalizzato tipico del **vaginismo, oppure al dolore genitale**, come contrazione difensiva, dopo mesi o anni di normalità sessuale. Concorre in tal caso alla dispareunia introitale acquisita. Può essere ben affrontata con la riabilitazione del pavimento pelvico, effettuata con biofeedback elettromiografico, con lo stretching dell'elevatore e fisioterapia "hands-on" (14-15);
3. **vestibolite vulvare: è la causa più frequente di dolore/bruciore vulvare (vulvodinia) persistente o ricorrente, spontanea o provocato, e di dispareunia** (14,15, 17);
4. **vulvodinia**: il termine indica e include ogni tipo di dolore vulvare. Oltre alla vestibolite, può essere dovuta a diversi fattori neurogeni (dolore neuropatico, post-traumatico o iatrogeno, sclerosi multipla) (14-16);
5. **lichen sclerosus vulvare**: è una patologia a probabile genesi autoimmune, caratterizzata da progressiva distruzione del tessuto vulvare con involuzione tissutale e conglutinazione delle labbra e del prepuzio clitorideo, fino alla stenosi severa dell'introito vaginale che può rendere la penetrazione dolorosa o impossibile. A torto considerata una patologia senile, può essere presente anche nell'adolescenza e causare dispareunia, primaria o secondaria, oltre a prurito, prevalentemente notturno (14,15);
6. **cistiti ricorrenti, specie post-coitali e sindrome della vescica dolorosa**, specie quando si associano a iperattività primaria o secondaria del muscolo elevatore (14,15,18,19);
7. **ragadi ed emorroidi e stipsi ostruttiva** possono associarsi a stati inflammati delle mucose anali e a iperattività del muscolo elevatore, primaria, o secondaria al dolore da cause posteriori, eventualmente associata ad anismo. Anche infiammazioni colonproctologiche possono contribuire alla dispareunia superficiali, a vaginiti e cistiti ripetute, con comorbilità che vanno affrontate in chiave multidisciplinare;
8. **fattori iatrogeni**, per esiti dolorosi di **episiotomia/rrafia, di laser vulvari, di colporrafia posteriore, o radioterapia vaginale, rettale o pelvica** (20) ma anche **esiti di mutilazione genitale femminile** (20) possono causare dolore, limitazioni o impossibilità al coito per stenosi serrate vaginali (specie dopo radioterapia per K rettale, cervicale o vescicale o mutilazioni genitali). La diagnosi precoce e terapie adeguate sono indispensabili per la possibile ripresa del desiderio e dell'attività sessuale.

* **la dispareunia profonda** può essere associata a **endometriosi, malattia infiammatoria pelvica (PID), dolore pelvico cronico** (1-15,18,20) oltre a patologie più rare. La diagnosi e la terapia delle cause di dispareunia profonda fa parte essenziale dell'inquadramento clinico dei disturbi del desiderio. A volte può essere il problema sessuale a portare l'attenzione su queste patologie presenti "sottoglia" o con sintomi non ancora correttamente interpretati.

* **la secchezza vaginale** (da ipoestrogenismo associato ad amenorrea ipotalamica, puerperale da allattamento, o menopausale (19), ma anche da contraccuzione orale (CO), in circa il 20% delle utilizzatrici (9), persistente o ingravescente, può contribuire alla riduzione del desiderio, soprattutto se la carenza estrogenica, che si esplicita con la secchezza vaginale, è associata a riduzione parallela dell'eccitazione mentale e fisica, e alla carenza androgenica. Quest'ultima può allora contribuire alla comorbilità sessuale con meccanismi centrali e periferici (1-3,4-9,13);

* **l'anorgasmia assoluta o coitale, primaria o acquisita**, dopo parti vaginali con ipotonico marcato del muscolo elevatore dell'ano, che può concorrere all'ipoestesia vaginale ("dopo il parto non sento più nulla nel rapporto") può ulteriormente contribuire alla perdita del desiderio sessuale (11,13,22);

* **l'incontinenza da stress o da urgenza** (anche per la paura di perdere urina durante i movimenti coitali nella prima, e all'orgasmo, nella seconda) e il **prolasso uterovaginale** possono contribuire alla perdita del desiderio per cause biologiche, disfunzionali oltre che legate all' alterazione dell'immagine di sé;

La **diagnosi precoce dei/i possibili fattori biologici genitali** che contribuiscono a inibire o bloccare il desiderio sessuale e l'eccitazione mentale e fisica, e la terapia mirata, possono rimuovere alla base quei potenti fattori biologici che, negletti, non solo impediscono l'efficacia di eventuali terapie psicosessuali, indicate per altre cause (pregresse molestie, abusi, violenze, depressione, problemi di coppia), ma possono nel tempo peggiorare e cronificare il problema in modo irreversibile.

E' quindi indispensabile che ogni ginecologo acquisisca la **conoscenza teorica** e la **semeiologia finalizzata alla diagnosi dei fattori biologici genitali** che contribuiscono alla caduta del desiderio sessuale fino al franco HSDD.

Conclusioni

Il ginecologo è il medico che più di ogni altro può fare la diagnosi di fattori genitali che contribuiscono a, o causano, la perdita del desiderio sessuale fino all'HSDD. La diagnosi e la terapia di questi fattori sono essenziali per una terapia efficace che possa restituire alla donna e alla coppia la pienezza di una funzione sessuale soddisfacente.

Tab. 1: Azioni biologiche degli androgeni nella donna

- aumentano l'energia fisica e mentale, l'assertività e la lucidità, per l'effetto sul sistema dopaminergico e serotonnergico
- stimolano il desiderio sessuale, i sogni erotici, le fantasie sessuali volontarie e spontanee, i sogni sessuali ad occhi aperti ("sexual day dreams");
- aumentano l'eccitabilità del capezzolo e l'eccitabilità genitale, in particolare della clitoride e dei corpi cavernosi bulbospongiosi;
- migliorano il trofismo genitale, specie vulvare
- accelerano il tempo che intercorre fra l'inizio del gioco erotico e il raggiungimento dell'orgasmo;
- aumentano l'intensità e il piacere dell'orgasmo e facilitano gli orgasmi multipli;
- aumentano il tono e la forza muscolare;
- contribuiscono a mantenere una forma del corpo tipica dell'età giovane e fertile: in loro carenza aumenta il grasso sul punto vita e sull'addome;
- in sinergia con gli estrogeni, stimolano le ghiandole sudoripare e sebacee a produrre feromoni.

Modificata da Graziottin e Serafini, 2008 (7)

Bibliografia

1. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems - HSDD in Europe J Sex Med 2007; 4 (Suppl 3):211-219
2. Graziottin A. Koochaki P.E. Rodenberg C. Dennerstein L. The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: an epidemiological study of women in four European Countries The Journal of Sexual Medicine, 2009 Aug; 6 (8): 2143-2153 disponibile su www.alessandragraziottin.it
3. 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;3:212-222
4. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision

J Psychosom Obstet Gynaecol 2003;24:221-229

5. Davis SR, Guay AT, Shifren JL, Mazer NA.
Endocrine aspects of female sexual dysfunction
J Sex Med 2004;1:82-86

6. Alexander JL, Dennerstein L, Burger H, Graziottin A.
Testosterone and libido in surgically and naturally menopausal women
Women's Health 2006;2:459-477
disponibile su www.alessandragraziottin.it

7. Graziottin A. Serafini A.
Uso del testosterone nella donna
Aggiornamento medico, 32, 6, 2008
disponibile su www.alessandragraziottin.it

8. Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R.
Testosterone for peri- and postmenopausal women
Cochrane Database Syst Rev 2005; Issue 4. Art. No.: CD004509. DOI: 10.1002/14651858.CD004509.pub2

9. Warnock JK, Clayton A, Croft H, Segraves R, Biggs FC.
Comparison of androgens in women with hypoactive sexual desire disorder: those on combined oral contraceptives (COCs) vs. those not on COCs
J Sex Med 2006;3:878-882

10. Kaplan HS.
Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy.
New York: Brunner/Mazel, 1979

11. Graziottin A.
Sessuologia medica: maschile e femminile
in: Di Renzo G.C. (a cura di), Ginecologia e Ostetricia, Verdaci Editore, Roma, 2010, Seconda edizione, vol. 2, p. 1607-1639

12. Dennerstein L, Alexander J.L, Graziottin A.
Sexual desire disorders in women
in: Porst H, Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 315-319

13. Graziottin A.
Nuove acquisizioni sulla fisiopatologia del desiderio sessuale
in: Leiblum S.R. Rosen R.C. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pag. 17-46, 2004
disponibile su www.alessandragraziottin.it

14. Graziottin A, Rovei V.
Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia
in: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382
disponibile su www.alessandragraziottin.it

15. Graziottin A.
Il ginecologo e la dispareunia
in: Leiblum S.R. Rosen R.C. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pag. 248-270, 2004
disponibile su www.alessandragraziottin.it

16. Graziottin A. Serafini A.
HPV infection in women: psychosexual impact of genital warts and intraepithelial lesions

The Journal of Sexual Medicine, 2009 Mar; 6 (3): 633-645
disponibile su www.alessandragraziottin.it

17. Graziottin A. Giovannini N.

La vestibolite vulvare: aspetti fisiopatologici e clinici

in: Benassi L. e Graziottin A. (a cura di), Vulvodinia e vestibolite vulvare, CIC Edizioni Internazionali

18. Graziottin A.

Aspetti neurobiologici e modelli interpretativi del dolore pelvico cronico e del dolore sessuale

in: Arisi E. (a cura di), Il dolore pelvico, I libri dell'AOGOI, Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Ferrara), 2006, p. 43-69
disponibile su www.alessandragraziottin.it

19. Giraldi A. Graziottin A.

Sexual arousal disorders in women

in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 325-333

disponibile su www.alessandragraziottin.it

20. Frasson E. Graziottin A. Cappelletti J.Y. Dall'Ora E. Vicentini S. Bertolasi L.

Botulinum neurotoxin Type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome

Obstetrics & Gynecology (accepted)

21. Graziottin A.

Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorders

in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 351-361

disponibile su www.alessandragraziottin.it

22. Whipple B. Graziottin A.

Orgasmic disorders in women

in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 334-341

disponibile su www.alessandragraziottin.it