

DISTURBI DEL DESIDERIO - RUOLO DEI FEED-BACK GENITALI NEGATIVI

Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano
www.alessandragraziottin.it

Obiettivi di apprendimento

Premessa

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. Si parla di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD) quando la perdita del desiderio sessuale causa significativo distress personale. L'HSDD viene in genere attribuito a fattori endocrini, quali la perdita degli ormoni sessuali, e, in particolare, del testosterone dopo menopausa chirurgica, e/o a fattori psicologici personali o di coppia. Tuttavia, il desiderio può essere inibito o bloccato da fattori genitali -biologici e/o sessuali-, negletti nella pratica clinica, che agiscono sul desiderio e sull'eccitazione mentale con potente feed-back negativo. Quasi di regola, infatti, l'anamnesi di HSDD induce il ginecologo ad inviare la donna allo psicosessuologo, senza un'adeguata valutazione dei **fattori biologici genitali** che possono concorrere al problema. Se il ginecologo omette questa essenziale valutazione diagnostica, nessun altro medico, né tanto meno lo psicosessuologo, la farà. E la donna rischia di perdere mesi o anni in psicoterapie inutili, se non dannose, di vedere la relazione logorata o distrutta, quando il problema poteva essere ben affrontato sul fronte genitale.

Obiettivi di apprendimento

Alla fine della relazione, i Colleghi avranno:

- (ri)considerato i molti **fattori biologici genitali di perdita -primaria o secondaria- del desiderio sessuale**, con **casi clinici** e adeguata **iconografia** per ottimizzare l'apprendimento;
- focalizzato l'attenzione sullo stretto rapporto di **feed-back negativo** tra caduta del desiderio sessuale fino all'HSDD e:
 1. il **dolore coitale (dispareunia)**, prima causa genitale di inibizione del desiderio. La **dispareunia introitale** può essere associata a fattori biologici genitali quali: imene fibroso, setto, cercinato; iperattività miogena del muscolo elevatore fino al vaginismo severo; vestibolite vulvare; vulvodinia; lichen sclerosus vulvare; esiti dolorosi di episiotomia/rrafia, di laser vulvari, di colporrafia posteriore, o radioterapia vaginale, rettale o pelvica; esiti di mutilazione genitale femminile; cistiti ricorrenti post-coitali. La **dispareunia profonda** può essere causata da endometriosi, malattia infiammatoria pelvica, dolore pelvico cronico;
 2. la **secchezza vaginale** (da ipoestrogenismo associato ad amenorrea ipotalamica, puerperale da allattamento, o menopausale), ma anche da terapie contraccettive estroprogestiniche, disturbo lamentato in circa il 20% delle donne;
 3. l'**anorgasmia assoluta oppure coitale**, primaria o acquisita dopo parti vaginali con ipotono marcato del muscolo elevatore dell'ano; per incontinenza da stress o da urgenza (anche per la paura di perdere urina durante i movimenti coitali nella prima, e all'orgasmo, nella seconda); per prolasso uterovaginale;
- appreso che **diagnosi precoce e terapia del/i fattori biologici genitali** che contribuiscono a inibire il desiderio sessuale sono essenziali e sinergici con eventuali terapie psicosessuali, indicate per trattare altre possibili concause (pregresse molestie, abusi, violenze, depressione, problemi di coppia). L'omissione diagnostica di questi fattori biologici genitali può invece cronicizzare l'HSDD in modo irreversibile.