

## **Sclerosi multipla e disfunzioni sessuali - Terza parte Prospettive riabilitative**

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

### **Nuovi orizzonti di ricerca: il ruolo del cervelletto nella funzione orgasmica**

Il possibile rapporto fra lesioni cerebellari e disfunzioni orgasmiche è stato preso in considerazione da un recente e interessante studio (Gruenwald et Al. 2007). La ricerca è stata condotta su 41 donne con sclerosi multipla di tipo progressivo, dell'età media di 44 anni (range 20-61), con durata media della malattia di 10 anni (range 0,5-39 anni). Il metodo seguito include la valutazione:

- a) della funzione sessuale tramite un questionario FSFQ (Female Sexual Fantasy Questionnaire);
- b) della funzione neurologica tramite un approfondito esame neurologico;
- c) dell'esecuzione di azioni quotidiane tramite un questionario EDSS (Expanded Disability Status Scale).

Nelle pazienti in studio l'interessamento del midollo spinale si traduceva in:

- deficit sensitivo del sistema cutaneo e propriocettivo;
- deficit motorio delle estremità superiori e inferiori.

Il coinvolgimento del sistema nervoso centrale era caratterizzato da disturbi visivi, cognitivi e comportamentali (come depressione, ansia e disordini della memoria); quello del sistema autonomico, invece, da incontinenza urinaria o fecale.

Non è stata trovata **alcuna associazione significativa** tra i diversi tipi di disfunzione sessuale e i segni clinici neurologici coinvolgenti il midollo spinale, la corteccia cerebrale (neocorteccia) e il sistema autonomico.

L'unica associazione statisticamente significativa è risultata essere quella **fra deficit cerebellare e disfunzione orgasmica** (il deficit cerebellare è stato diagnosticato con la presenza di disartria, ipotonia, nistagmo, instabilità posturale, andatura a base larga). Il cervelletto sembra dunque essere implicato nel **coordinamento tra sistema autonomico e somatico**, e il suo malfunzionamento potrebbe causare disturbi della funzione orgasmica. Restano comunque aperti molti interrogativi sul suo preciso in questo processo ancora poco conosciuto (Gruenwald et Al. 2007; Schmahmann et Al. 1998; Zannolli et Al. 2002).

### **Principi di riabilitazione sessuologica**

Il problema cardinale è l'apertura dei medici curanti al counselling sessuologico, usualmente trascurato nella pratica clinica. Consentire alle pazienti con sclerosi multipla di esprimere le proprie difficoltà sessuali dona **diritto di cittadinanza al desiderio di una vita sessuale appagante** e permette di individuare i fattori che la limitano o la impediscono. Questo richiede un approccio e una collaborazione interdisciplinari. Una volta aperta questa disponibilità, **una soddisfacente diagnosi pre-riabilitazione** deve basarsi su un'attenta valutazione delle

seguenti variabili:

- a) fattori relativi alla malattia, all'impatto dei farmaci, alla storia personale, allo stato anagrafico (single, in coppia, coniugata), alle esperienze sessuali precedenti;
- b) comorbidità e loro impatto sulla vita quotidiana: depressione, ansia, fatigue, dolore, incontinenza urinaria o fecale;
- c) situazione ormonale;
- d) sintomo sessuale dominante e sintomi associati;
- e) diagnosi differenziale sull'etiologia della disfunzione sessuale lamentata, per cogliere i diversi cofattori interagenti.

### **Possibili approcci terapeutici**

In base alla diagnosi, la terapia riabilitativa sessuologica può integrare molteplici approcci relativi a:

- a) **stili di vita**: specialmente nelle forme iniziali di sclerosi multipla, è essenziale non assecondare la tendenza depressiva reattiva a una diagnosi così pesante, ma incoraggiare l'esperienza attiva del movimento fisico – soprattutto nuoto, musica, danza, espressività motoria e gestuale, anche teatrale – vissuta come momento ludico, di alleggerimento della pesantezza del vivere, e di socializzazione segnata da momenti di gioia e di piacere (Graziottin e Serafini 2008). La musica, in particolare, sembra avere un ruolo importante sia nella sincronizzazione e ottimizzazione dei movimenti, sia nel migliorare il tono dell'umore, con un importante contributo di tipo antidepressivo, specie se l'ascolto e i movimenti possibili (anche della parte superiore del corpo) sono condivisi;
- b) **antidepressivi a basse dosi**, quando indicati;
- c) **integrazione ormonale**, locale o sistemica, in caso di alterazioni dei livelli degli ormoni sessuali che possano interferire con le basi biologiche della sessualità, in particolare del desiderio e dell'eccitazione mentale;
- d) **cura della dispareunia**, e delle sue basi biologiche (si vedano le schede sulla vestibolite e sull'endometriosi pubblicate su questo sito);
- e) **terapia sessuologica specifica**, per affrontare problemi sessuali preesistenti, concomitati o conseguenti al danno neuromotorio e/o neurovegetativo;
- f) **terapia di coppia**, quando sia la relazione a essere messa in crisi dalla malattia o da altri fattori;
- g) **terapia del partner**, che può presentarsi come portatore di un sintomo sessuale proprio, o "indotto" dalla malattia o dalla disfunzione sessuale della partner.

La personalizzazione dell'intervento terapeutico riabilitativo sessuologico può dare insperati spazi di recupero funzionale, altrimenti marginalizzati dalla depressione e dalle "profezie" negative che si autoverificano. Lo spazio riabilitativo è tanto maggiore quanto più giovane è la paziente, migliore la prognosi, più lenta la progressione, migliore la qualità delle fonti di supporto mediche, paramediche e familiari.

### **Conclusioni**

- Il cervelletto sembra essere implicato nel coordinamento tra sistema autonomico e somatico, e il suo malfunzionamento sembra contribuire a disturbi della funzione orgasmica
- Purtroppo l'impatto delle funzioni sessuali nella vita delle pazienti con sclerosi multipla è ancora trascurato: dare alla paziente la possibilità di parlare anche dei propri problemi sessuali è parte essenziale del counselling e costituisce una condizione indispensabile per un intervento terapeutico efficace anche su questo fronte
- Una soddisfacente diagnosi pre-riabilitazione deve basarsi su un'attenta valutazione dei fattori che relativi alla malattia, all'impatto dei farmaci, alla storia personale, allo stato anagrafico, alle esperienze sessuali precedenti; delle comorbidità e del loro impatto sulla vita quotidiana; della situazione ormonale; del sintomo sessuale dominante e dei sintomi associati; delle cause della disfunzione sessuale portata in consultazione
- Le opzioni terapeutiche – variamente integrabili – coinvolgono gli stili di vita, la somministrazione di antidepressivi, l'integrazione ormonale, la cura della dispareunia, la terapia sessuologica specifica dei disturbi lamentati, la terapia di coppia e del partner
- La personalizzazione dell'intervento terapeutico riabilitativo sessuologico può dare insperati spazi di recupero funzionale
- Lo spazio riabilitativo è tanto maggiore quanto più giovane è la paziente, migliore la prognosi, più lenta la progressione, migliore la qualità delle fonti di supporto mediche, paramediche e familiari

---

### **Approfondimenti specialistici**

Graziottin A. Serafini A. 2008

Disfunzioni sessuali nella sclerosi multipla e prospettive riabilitative

in: Sottini C. (a cura di), Sclerosi multipla 2008, Atti del Congresso Internazionale su "Sclerosi Multipla 2008: nuove prospettive. Sinergie diagnostico-terapeutiche per l'ottimizzazione del processo di recupero", organizzato dalla U.O. "Riabilitazione Specialistica", Azienda Spedali Civili di Brescia, Brescia, 6-9 marzo 2008, Promodis Italia Editrice, Brescia, 2008, p. 43-52

Gruenwald I. Vardi Y. Gartman I. Juven E. Sprecher E. Yarnitsky D. Miller A. 2007

Sexual dysfunction in females with multiple sclerosis: quantitative sensory testing

Mult Scler. 2007 Jan; 13 (1): 95-105

Schmahmann J.D. Sherman J.C. 1998

The cerebellar cognitive affective syndrome

Brain 1998; 121: 561-579

Zannolli R. et Al. 2002

Hereditary neuronal intra-nuclear disease with autonomic failure and cerebellar degeneration

Archives of Neurology 2002; 59: 1319-1326