

# Sessualità e disturbi mentali in un'ottica multidisciplinare – Fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento: il punto di vista del ginecologo

## **Alessandra Graziottin**

Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Professore ac, Università di Firenze

**Scenario:** I disturbi sessuali femminili sono stati storicamente letti in chiave psicologica e psicodinamica, con un sostanziale neglecto dei cofattori etiologici di tipo biologico, per la persistenza di un "bias" di genere.

**Obiettivo del lavoro:** analizzare concisamente i fattori biologici, sistemici e ginecologici, che possono agire da fattori predisponenti, precipitanti e/o di mantenimento per i disturbi sessuali femminili e di coppia, con focus sui disturbi del desiderio, per migliorare la capacità diagnostica dei clinici, in chiave multidisciplinare.

**Metodologia:** analisi della lettura ed esperienza clinica dell'Autrice.

**Risultati:** I **disturbi del desiderio** possono riconoscere:

- tra i **fattori predisponenti**:
  - ✓ la depressione, sempre più riconosciuta nella sua base organica neurobiologica cui contribuiscono fattori disendocrini, tra cui la carenza estrogenica ed androgenica;
  - ✓ l'ansia, specie da prestazione, che lede specificamente i meccanismi dell'eccitazione centrale e periferica, causando una frenata di tutto il circuito sessuale;
  - ✓ le fobie, fino alla franca avversione sessuale, associate o meno a vaginismo;
  - ✓ la carenza cronica di sonno e lo stress cronico, per usura dei meccanismi neurobiologici che alimentano la sessualità;
  - ✓ l'effetto negativo dell'invecchiamento (tra i 18 e i 49 anni ha poco desiderio il 19% delle donne, contro il 48% delle donne tra i 50 e i 70 anni);
  - ✓ le carenze ormonali: tra i 18 e i 49 anni ha poco desiderio il 32% delle donne sottoposte a ovariectomia bilaterale, per la perdita della produzione estrogenica e di circa il 50% di quella androgenica;
  - ✓ i disturbi del comportamento alimentare, specie di tipo restrittivo, fino all'anoressia;
  - ✓ le anemie, specie sideropeniche, che usurano l'energia vitale;
  - ✓ i disturbi del ciclo, sia per l'alterazione ormonale ad essi associata, sia per i fattori che l'hanno causata o la mantengono: l'amenorrea si associa a grave carenza di estrogeni e testosterone, come succede nelle forme ipotalamiche, in puerperio e in postmenopausa; e/o ad aumento di prolattina, come succede in puerperio, nelle forme iatrogene, ossia da farmaci, nei microadenomi ipofisari;
  - ✓ l'infertilità e le malattie acute e croniche;

- ✓ l'ipertono miogeno del muscolo elevatore dell'ano, tipico di una parte dei casi di vaginismo severo e/o di dispareunia introitale che rende la penetrazione dolorosissima o impossibile;
  - ✓ il dolore, specie dolore pelvico cronico (da endometriosi, associata a dispareunia profonda; da sindrome del colon irritabile; da vulvodinia; da sindrome della vescica dolorosa), ma anche associato ad altre malattie astenizzanti come la fibromialgia;
  - ✓ alcuni tipi di contraccezione ormonale;
  - ✓ l'abuso di alcol – ora un'emergenza anche nelle giovanissime – e droghe (eroina);
  - ✓ i disturbi dell'identità sessuale di varia gravità (disforie di genere).
- **tra i fattori precipitanti**, i fattori iatrogeni che causino drastica perdita degli ormoni sessuali, reversibile, in caso di trattamento con analoghi del GnRH, o irreversibile (ovariectomia bilaterale); le malattie che causino dolore alla penetrazione, come secchezza vaginale da carenza estrogenica o da eccitazione inadeguata; la vestibolite vulvare, il lichen sclerosus, gli esiti iatrogeni di episiotomia-rrafia, di colporrafie, specie posteriori, di interventi sull'ano, quali l'emorroidectomia, di interventi più radicali per carcinomi del collo dell'utero e/o radioterapia pelvica; l'ipertono dell'elevatore; l'anorgasmia cronica, che può bloccare il desiderio con feed-back negativo progressivo; violenze e abusi sessuali, e malattie sessualmente trasmesse;
- **tra i fattori di mantenimento** vanno inseriti in primo luogo **i fattori iatrogeni**: l'omissione diagnostica delle cause biologiche dei disturbi sessuali è infatti il più frequente e frustrante fattore di persistenza del problema sessuale; ad essa vanno aggiunti i fattori relazionali tra cui i disturbi sessuali del partner.

**Conclusioni:** è indispensabile che i disturbi del desiderio vengano affrontati con rigore diagnostico sul fronte biologico, oltre che psicodinamico. E' questa una condizione necessaria (ancorché non sufficiente) per un'accurata diagnosi differenziale e una terapia che abbia maggiori probabilità di successo.