

Le disfunzioni sessuali femminili in un'ottica multidisciplinare

A. FABRIZI*, V. COSMI**

Sommario

La difficoltà da parte degli specialisti del settore nell'inquadramento delle disfunzioni sessuali femminili all'interno delle classificazioni esistenti ha fatto nascere l'esigenza di una vera e propria "rivoluzione" della nosografia sulle DSF. Le nuove definizioni proposte intendono costituire uno stimolo per riconsiderare la lettura fisiopatologica dei disturbi sessuali femminili e per cogliere meglio somiglianze e differenze tra sessuologia maschile e femminile. Le ricerche internazionali indicano l'approccio integrato come l'intervento di élite al paziente sessuologico.

Introduzione

Nell'ultimo decennio sono stati fatti molti progressi nella comprensione della anatomia e della fisiologia della risposta sessuale maschile e solo più recentemente gli studi si sono rivolti anche verso la sessualità femminile. L'interesse dei clinici e dei ricercatori si è indirizzato prevalentemente sulla fisiologia della risposta sessuale femminile, tenendo però anche conto della sua complessità e della forte influenza delle componenti psicosociali, proponendo un diverso modo di intendere la risposta sessuale della donna rispetto a quella dell'uomo. Poiché, la storia della donna è scritta nel corpo, che è frutto dell'incrocio tra dimensione biologica e dimensione sociale, le realtà corporee acquistano significato in base al contesto. La cultura, cioè, fornisce nomi e identità al corpo, passando attraverso la componente biologica (Pizzini, 1999).

Per molti anni, nella comunità scientifica, si è assistito ad un acceso dibattito per la classificazione e l'inquadramento delle disfunzioni sessuali femminili

(DSF). In passato, molti ricercatori hanno creato personali definizioni riguardo i disturbi sessuali, le quali hanno condotto inevitabilmente a risultati confusionari e incongruenti. Di fatto la nosografia propone una classificazione delle DSF in modo speculare alla definizione dei disturbi maschili, senza tener conto della specificità e della eterogeneità della sessualità femminile.

Un tentativo di risolvere questo problema è stato compiuto in occasione della I e II *Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction* dove è stata proposta una nuova classificazione delle disfunzioni sessuali femminili che, pur mantenendo una certa continuità con i criteri diagnostici del DSM-IV-TR e dell'ICD-10, ha apportato alcune novità importanti (Basson et al., 2000, 2004).

Il criterio fondamentale della diagnosi infatti è quello del *personal distress*, cioè il sentimento soggettivo di malessere riportato dalla donna in relazione ad una disfunzione sessuale. Ricerche recenti condotte sia negli USA che in Europa, hanno mostrato come il disagio, la frustrazione, il vissuto negativo per una disfunzione sessuale, non sia omogeneo in tutte le donne. Sembra infatti che, accanto alla biologia, il valore che una donna dà alla sessualità e al desiderio, valore legato alla cultura di appartenenza, possa modulare la percezione che essa ha di uno stesso disturbo sessuale.

I limiti concettuali delle classificazioni formulate in passato (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000; Basson et al., 2000, 2003; Bancroft, 2001; Basson, 2001; Leiblum, 2001; Meston, 2001) si possono riscontrare nella dicotomia tra corpo e psiche. Sulla base di questa netta separazione, si riteneva che le DSF per cause mediche e/o biologiche potessero essere facilmente distinte da quelle di genesi psichica. In secondo luogo, le vecchie classificazioni ponevano l'accento sulla consapevolezza della donna relativamente alle proprie sensazioni di desiderio sessuale, caratterizzato da fantasie o pensieri erotici come prima fase del comportamento sessuale stesso. L'esperienza clinica dimostra invece che per le donne nelle relazioni stabili, altri fattori, soprattutto non sessuali, possono diventare componenti pre-

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

* Psicoterapeuta, Istituto di Sessuologia Clinica. Docente a contratto

** Psicologo, Istituto di Sessuologia Clinica

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

ponderanti nell'accendere e portare avanti in modo soddisfacente lo scambio sessuale (Cawood, Bancroft, 1996; Bancroft et al., 2003; Basson, 2003). In aggiunta, la risposta sessuale delle donne non sembra affatto stabile e costante nel tempo; ad esempio, può essere strettamente interconnessa con la variabilità indotta dalle alterazioni del ciclo mestruale, dalla gravidanza, dal puerperio, dalla menopausa, per ragioni sia biologiche, sia psichiche, sia relazionali (Basson et al., 2003).

Recentemente, Basson et al. (2005) hanno elaborato un *modello circolare* della sessualità femminile, che prende le distanze dalla visione lineare della sessualità basata su uno schema tipicamente maschile ed introduce un importante elemento di novità, cioè l'associazione della fase fisiologica di risoluzione dell'eccitazione con un processo di valutazione dell'esperienza vissuta in termini di soddisfazione/insoddisfazione. In questo processo valutativo convergono l'appagamento, o il mancato appagamento, oltre che della dimensione istintuale del "bisogno" anche di quella più affettiva e culturale del "desiderio". La circolarità di questo modello permette di cogliere una nuova dinamica tra le dimensioni della funzione sessuale; sottolineando la forte reciprocità tra il desiderio e l'eccitazione sessuale.

Come dimostrano le evidenze emergenti dalla ricerca, possono esserci motivi molto diversi dal desiderio che hanno la capacità di indurre l'eccitazione sessuale nella donna. Il desiderio, secondo questo modello, può essere percepito in risposta, o consensualmente, ad una crescente eccitazione genitale indotta dalle *avances* e dai preliminari iniziati dal partner. Il progressivo aumento dell'eccitazione fisica, in questo modo, può far "spostare" la donna dallo stato di neutralità ad uno di attivazione, far nascere il desiderio e motivarla a continuare lo scambio sessuale (feedback positivo). Di contro, in assenza del rinforzo che deriva da una crescente eccitazione fisica, il desiderio può non manifestarsi e questo può indurre a non continuare il rapporto sessuale (feedback negativo). Sul fronte disfunzionale invece, la pratica clinica mostra come nelle donne sia piuttosto frequente una comorbilità tra i disturbi del desiderio e dell'eccitazione. Questa evidenza permette di comprendere, nei termini di una stretta interdipendenza tra le fasi di risposta sessuale, la frequente compresenza di disfunzioni collocate in diverse dimensioni della risposta sessuale. Da un punto di vista clinico, l'Autrice sottolinea la necessità di operare una chiara distinzione tra quelle donne che non sono "abili" a registrare gli stimoli sessuali che possono spostarle dallo stato di neutralità; quelle che scelgono di non spostarsi dalla neutralità e infine quelle che, avendo una buona risposta sessuale di base, hanno la possibilità e/o disponibilità a spostarsi dalla neutralità (Basson, 2001, 2003).

Classificazione dei disturbi sessuali femminili

Sulla base delle recenti formulazioni teoriche introdotte dalle *Consensus Conference* e dal gruppo di ricerca di Basson (2005), le disfunzioni sessuali femminili vengono suddivise in disturbi del desiderio, disturbi dell'eccitazione, disturbi dell'orgasmo, disturbi caratterizzati da dolore.

Disturbi del desiderio

Il desiderio, soggettivamente sperimentato, nasce da un insieme di fattori che sono allo stesso tempo biologici, psichici e relazionali e che, influenzandosi reciprocamente tra loro, contribuiscono ad alimentare e modulare il desiderio stesso.

I disturbi del desiderio sessuale possono avere un'etiologia multifattoriale, in cui le componenti biologiche e psicosessuali non possono essere rigidamente distinte (Levine, 2003; Basson et al., 2004). La diagnosi richiede quindi un'attenzione articolata, così da poter poi instaurare la terapia più efficace. Di fatto, la mancanza di desiderio anche "responsivo" è considerata un aspetto essenziale della diagnosi del disturbo del desiderio.

Rispetto alle classificazioni internazionali proposte nel DSM-IV-TR e nell'ICD-10, la più recente nosografia propone una distinzione tra (a) il disturbo del desiderio e dell'interesse sessuale, (b) il disturbo da avversione sessuale. Nel primo caso, si è ritenuto opportuno introdurre, accanto al termine desiderio, l'espressione interesse sessuale, che tiene conto da un lato della minor frequenza nella donna del desiderio, come voglia accompagnata da fantasie, da sogni erotici e da iniziativa personale, dall'altro sottolinea come, spesso, la motivazione ad accettare e rispondere alle richieste sessuali del partner sia diversa dal desiderio specificatamente sessuale. Il disturbo è caratterizzato da scarse o nulle motivazioni a tentare di eccitarsi sessualmente, dall'assenza, o forte diminuzione, di sensazioni di interesse o desiderio sessuale. I pensieri o le fantasie sessuali sono assenti, così come il desiderio responsivo. La mancanza di interesse sessuale è considerata eccessiva rispetto alle riduzioni considerate fisiologiche per la fase del ciclo vitale e in rapporto alla durata della relazione.

La definizione di disturbo da avversione sessuale sottolinea, invece, lo stato di estrema ansia o di panico, sperimentata dalle donne, legata a qualsiasi tentativo di intimità sessuale, talvolta alla sola idea. Lo stato di iperattivazione del sistema neurovegetativo è sovrapponibile alle reazioni fobiche (Gabbard, 1990; Solms, Turnbull, 2002).

In base a quanto riportato dalle ricerche in campo internazionale (Laumann et al., 1999), le donne lamentano una vulnerabilità ai disturbi di desiderio doppia rispetto agli uomini (33% vs 16%). Nello specifico, gli studi condotti in Europa indicano una incidenza di disturbi del desiderio nella popolazione femminile, che varia dal 21% al 34%, con un progressivo incremento all'aumentare dell'età (Graziottin, Koochaki, 2003). In contraddizione con quanto riportato da questi studi, l'esperienza clinica degli ultimi anni dimostra che nell'incidenza dei disturbi del desiderio, il rapporto fra i due sessi tende ad equipararsi (Pridal, LoPiccolo, 2004).

Disturbi dell'eccitazione

L'interesse del mondo scientifico rispetto al disturbo dell'eccitazione femminile è molto recente, in netta contrapposizione con il corrispettivo maschile che, per decenni, è stato l'argomento primario di indagine di intervento e che, tuttora, cattura l'interesse degli specialisti del settore e non. Non va sottovalutato, infatti, che sebbene non sia nota la sua reale prevalenza all'interno della popolazione femminile, si suppone che questo disturbo riguardi una percentuale notevole di donne appartenenti a tutte le fasce d'età (Rosen et al., 1999).

Quando una donna parla di eccitazione, in genere intende un'eccitazione mentale per la quale spesso alcuni fattori possono essere stimolanti (lo stimolo erotico in sé, l'eccitamento del partner, la percezione del proprio eccitamento genitale), ma altri possono essere inibenti e bloccare la stimolazione (situazioni distraenti, problemi interpersonali, difficoltà nella risposta fisica del partner). L'eccitazione sessuale della donna è un fenomeno prevalentemente mentale, soggettivo che non sempre è accompagnato dalla consapevolezza dei cambiamenti vasocongestivi genitali ed extragenitali. Anche gli studi di misurazione della risposta vaginale hanno portato alla luce gravi discrepanze fra i criteri di valutazione della vasocongestione e le valutazioni soggettive (self-report) dell'eccitazione sessuale fisica. Queste evidenze hanno contribuito a sensibilizzare i ricercatori sulla necessità di focalizzare l'attenzione in modo specifico sia verso l'espressione del sintomo, con particolare attenzione al linguaggio utilizzato e al vissuto percepito dalle singole donne, sia alla distinzione riportata tra i disturbi dell'eccitazione soggettiva o mentale, e il disturbo dell'eccitazione fisica genitale.

La complessità evidente del fenomeno dell'eccitazione femminile, sia da un punto di vista biologico che psichico, ha stimolato la riflessione sull'opportunità di distinguere all'interno di questa ampia categoria, quattro tipologie diverse di disturbo che riprendono le dif-

ferenti situazioni cliniche presentate dalle donne (Basson et al., 2003).

– *Disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale.* Le sensazioni mentali di eccitazione sessuale derivanti da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale sono marcatamente diminuite o assenti, tuttavia possono comunque essere presenti la lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione. Questa categoria sottolinea quanto le donne sperimentino soggettivamente un diverso grado di consapevolezza dell'eccitazione sessuale genitale, sia per quelle donne che riportano una soddisfacente vita sessuale che non.

– *Disturbo genitale dell'eccitazione sessuale.* Si manifesta una mancata o ridotta eccitazione sessuale genitale rispetto alla quale la donna può riferire una minima risposta di congestione vulvare e/o di lubrificazione vaginale (a qualsiasi tipo di stimolazione) e ridotte sensazioni sessuali nelle carezze genitali. L'eccitazione sessuale soggettiva, mentale, può tuttavia essere presente grazie a stimoli sessuali non genitali. Spesso questa condizione presenta specifiche cause biologiche, che devono essere accuratamente diagnosticate o escluse in un'appropriate diagnosi differenziale.

– *Disturbo misto, soggettivo e genitale, dell'eccitazione sessuale.* Si manifesta un'assenza o una marcata riduzione di sensazioni di eccitazione sessuale, associata ad una assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare, lubrificazione vaginale) in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale. Secondo recenti ricerche (Leiblum, Rosen, 2000), questa condizione viene riportata in consultazione nella maggioranza dei casi in cui sia presente un disturbo dell'eccitazione.

– *Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente.* L'eccitazione sessuale genitale (congestione, lubrificazione) è spontanea, intrusiva e non desiderata, in assenza di desiderio e di interesse sessuale; nello specifico, la consapevolezza dell'eccitazione sessuale è tipicamente spiacevole e non è ridotta da uno o più orgasmi. La sensazione di eccitazione fisica può persistere per ore o giorni e più. Questo disturbo è stato solo recentemente descritto da Leiblum e Nathan (2002), dopo la pubblicazione di queste ricerche il crescere dei casi segnalati ha mostrato come non si tratti di un quadro clinico così raro come si riteneva.

Disturbi dell'orgasmo

Le difficoltà che insorgono nello studio dell'orgasmo femminile secondo Heiman (2002) sono spesso dovute sia alla mancanza di un parametro oggettivo di misurazione degli aspetti neurofisiologici dell'orgasmo, al fine di valutare quando l'orgasmo si stia verificando, sia alla mancanza di una definizione soggettiva

unanime sull'orgasmo. Questa considerazione viene supportata da quanto riportato dalle donne stesse. Nelle descrizioni che queste utilizzano per descrivere le loro sensazioni relative all'orgasmo, si riscontrano esperienze piuttosto eterogenee e difficilmente confrontabili.

Secondo le ultime indicazioni nosografiche, il disturbo dell'orgasmo viene definito come una marcatamente ridotta intensità delle sensazioni orgasmiche o marcato ritardo nell'orgasmo in risposta a qualsiasi tipo di stimolazione sessuale, nonostante un alto livello di eccitazione sessuale soggettiva. Proprio in funzione del criterio diagnostico del *personal distress*, il rilassamento orgasmico della tensione sessuale può o meno subentrare senza che sia necessariamente avvertito dalla donna come disfunzionale. In aggiunta, non va sottovalutata l'importanza che il contesto storico e culturale riveste nell'attribuzione dei diversi significati dell'orgasmo femminile.

A seconda dei differenti periodi storici si è creduto che l'orgasmo fosse un elemento positivo o negativo per la donna, per il suo partner, o per il matrimonio. Prima del 1700, il corpo femminile veniva visto come un continuum di quello maschile e si riteneva che le donne dovessero provare il piacere dell'orgasmo per concepire. Questa ambivalenza nei confronti dell'orgasmo femminile continua ad essere presente tuttora nella civiltà occidentale per cui la donna che non prova l'orgasmo regolarmente può talvolta sentirsi inadeguata, deprivata e depressa.

Attualmente, non esistono ricerche empiriche a sostegno di una costellazione di fattori che separano le donne orgasmiche da quelle non orgasmiche. La capacità e/o possibilità di una donna di provare l'orgasmo sembra essere influenzata da tutta una serie di fattori che vanno da quelli di carattere neuroanatomico e fisiologico, a quelli psicologici e socioculturali e/o di interazione. Tuttavia, nessuna di queste influenze sembra che possa essere considerata primaria o assoluta nel determinare nella donna una disfunzione dell'orgasmo. Malgrado le ipotesi avanzate circa l'influenza dei fattori psicosociali (la religione, l'istruzione, l'età, la classe sociale, ecc.) sono pochi i dati disponibili a supportare tali affermazioni.

Secondo le ricerche di Laumann et al. (1999) gli unici fattori demografici significativi relativi alle donne che presentano un disturbo dell'orgasmo, sono la condizione coniugale, l'istruzione e l'età. Un dato interessante emerge da un lavoro dell'Autore, condotto nel 1994, rispetto all'impatto della religione sull'orgasmo femminile. I dati raccolti hanno evidenziato come le donne che non appartenevano ad un gruppo religioso avevano minori probabilità di riferire di raggiungere sempre un orgasmo con il proprio partner. Questi risultati però sono in contraddizione con quanto

emerge dall'esperienza clinica; è possibile, infatti, che indichino una differenza, all'interno della popolazione, tra chi si avvicina ad un percorso terapeutico rispetto a chi non lo fa.

I possibili progetti relazionali, che accompagnano l'esperienza dell'orgasmo e della sessualità delle donne, rientrano in una costellazione di vissuti emotivi e cognitivi così vasta da impedire qualunque tentativo di relegazione in un'unica categoria.

Disturbi caratterizzati da dolore

Il dolore è molto di più di un semplice sintomo che lascia le sue tracce solo a livello fisico; esso è influenzato dalle emozioni e dalle condizioni sociali ed ambientali ed essendo perciò diverso per ciascun individuo, risulta un'esperienza di non facile inquadramento.

La *dispareunia* è inserita all'interno di questa categoria ed è definita come persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale (Basson et al., 2004). L'etiologia di questo disturbo ha una forte componente organica, variamente intrecciata con fattori psicodinamici e relazionali che devono essere diagnosticati facendo riferimento ad un'accurata mappa del dolore. Tradizionalmente, la maggior parte dei clinici ha tentato di ridurre la dispareunia ad una patologia fisica, oppure di considerarla come il risultato di un conflitto psicosessuale. Recentemente Binik et al. (2000), alla luce delle molteplici etiologie possibili del disturbo, hanno sottolineato la necessità di riferirsi a questo tipo di condizione adottando un nuovo termine: "dolore pelvico o vulvovaginale". Sulla base della descrizione proposta da Binik e collaboratori, l'approccio clinico alla dispareunia dovrebbe prevedere la presenza di un'équipe multidisciplinare, che collabori per esaminare i diversi aspetti del dolore: neurologico, muscolare, affettivo e relazionale. Gli Autori evidenziano, inoltre, come la relazione lineare causa-effetto debba necessariamente lasciare spazio ad un modello circolare di interpretazione del sintomo all'interno del quale si affacciano diverse concause.

Insieme alla dispareunia, i disturbi caratterizzati da dolore comprendono un altro problema che per decenni ha sconcertato e affascinato al tempo stesso gli specialisti del settore: il vaginismo.

Il *vaginismo* viene definito come una persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Si riscontra spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Le anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate. L'incidenza di questo disturbo può variare notevolmente a

seconda dei criteri diagnostici, della popolazione studiata e della disponibilità delle donne a cercare un trattamento. Benché le cifre riportate riguardo l'incidenza del vaginismo siano piuttosto eterogenee, è probabile che questo disturbo si verifichi con maggiore frequenza di quanto sia solitamente ritenuto. In generale, sembra che le percentuali di vaginismo oscillino tra il 12% e il 17% delle donne che si rivolgono alle cliniche di terapia sessuale (Spector, Carey, 1990). Secondo i dati dell'Istituto di Sessuologia Clinica (Simonelli et al., 2004) il vaginismo è la problematica più frequente della donna in coppia, insieme alla difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo. Il 50% dei casi di vaginismo riportati dallo studio dell'ISC indicano una associazione significativa con la disfunzione erettile.

Nonostante il vaginismo e la dispareunia risultino due disturbi chiaramente distinti dalle più accreditate classificazioni internazionali, la distinzione appare talvolta difficoltosa. Per alcune donne infatti il dolore e lo spasmo vaginale si verificano contemporaneamente. Di fatto, la causa più immediata della dispareunia superficiale è la contrazione spasmodica dell'ingresso vaginale accompagnata da una eccitazione sessuale e da una lubrificazione inadeguate. Quest'insieme di fattori etiologici simili potrebbe portare ad un quadro clinico definibile come dispareunia o come vaginismo oppure entrambi, per cui in tali casi la difficoltà che ne risulta potrebbe essere denominata "disturbo da dolore sessuale misto" (Leiblum, Rosen, 2000).

Trattamento

Come confermano i dati della letteratura, nelle donne i fattori psicologici, emotivi e relazionali contribuiscono tutti nel determinare la comparsa e lo sviluppo di problematiche legate alla sfera sessuale. In aggiunta a ciò le donne presentano una tendenza maggiore rispetto agli uomini a legare il sintomo al contesto relazionale (Basson, 2005; Leiblum, 2004).

Nel prendere in esame le diverse etiologie che possono concorrere all'insorgenza delle disfunzioni sessuali femminili è importante partire dal presupposto che ci sono forti interazioni tra le componenti psicosociali e quelle biologiche, in contrasto con il DSM IV-TR che tende a separare rigidamente l'etiologia organica da quella psicosociale (Mah, Binik, 2001).

La natura multidimensionale della sessualità femminile, legata ad aspetti quali l'ideale di femminilità, lo stile di vita, le relazioni, i fattori biologici e la vita affettiva, impone un inquadramento multifattoriale del disturbo sessuale. Per queste ragioni un approccio integrato al paziente sessuologico sembra essere, come supportato dalla letteratura internazionale, l'intervento d'élite, sintetizzando al meglio le esigenze medico-

psicologiche che sono alla base del trattamento delle disfunzioni sessuali (Simonelli et al., 2000). In quest'ottica, l'intervento integrato proposto dall'Istituto di Sessuologia Clinica si avvale della stretta collaborazione di diverse figure professionali: ginecologo, psicologo e sessuologo in cui ognuno, nella sua specificità, persegue come obiettivo comune la comprensione e la risoluzione del sintomo, senza mai dimenticare l'importanza del partner nella possibile etiologia e sicuramente nel trattamento (Rossi et al., 1998). Nel percorso terapeutico di tipo sessuologico, questa integrazione parte fin dall'inizio del processo diagnostico, momento in cui il medico e lo psicossessuologo si confrontano per la valutazione degli aspetti psichici e somatici implicati nella origine e nello sviluppo del disturbo. Di contro, un approccio esclusivamente medico comporta il rischio di alcune distorsioni fondamentali: una falsa nozione dell'equivalenza sessuale tra uomo e donna, la cancellazione del contesto relazionale della sessualità, il livello di differenze tra le singole donne (Simonelli, Fabrizi, 2006). In base a queste premesse è evidente che lo studio delle disfunzioni sessuali femminili dovrebbe utilizzare un'ottica rivolta alla comprensione ed all'integrazione delle diverse cause che hanno determinato l'insorgenza del sintomo così come alla comorbilità del disturbo nella coppia, considerata come "luogo" d'intersezione tra disagio individuale e disagio relazionale.

La terapia sessuologica integrata prevede alcuni momenti fondamentali:

- le sessioni individuali o di coppia;
- la discussione e il confronto sulle convinzioni riguardo la sessualità, in riferimento agli stereotipi, ai pregiudizi, alle credenze e alle informazioni inadeguate;
- il training di autoconsapevolezza corporea, come strumento fondamentale per una buona riuscita del percorso terapeutico;
- il trattamento dell'ansia legata all'esperienza sessuale, tenendo presente che, spesso, contenuti livelli di ansia possono avere un effetto che favorisce l'attività sessuale anziché inibirla.

In questo percorso, un'attenzione particolare dovrebbe essere posta alla fase diagnostica, che comprende tutti quegli elementi che vanno dall'esame del sintomo agli aspetti intrapsichici individuali alla componente organica. I principali settori di indagine per il clinico riguardano tutte le aree problematiche che possono avere avuto una ripercussione sulla sfera sessuale dell'individuo. Nello specifico, la donna può aver ricevuto un'educazione particolarmente rigida, permeata da restrizioni culturali e/o religiose che hanno contribuito a strutturare un vissuto di colpa rispetto alla sessualità. Inoltre andrebbe verificata l'eventuale presenza di traumi pregressi, sia di natura fisica che emotiva e

sessuale, legati ad esempio ad un abuso sessuale. Ma anche le malattie, incluse quelle psichiatriche, oltre che gli effetti collaterali di eventuali farmaci assunti, l'abuso di sostanze e le conseguenze post-operatorie degli interventi chirurgici. Infine, un'area particolarmente delicata e di grande interesse per il clinico è quella relativa alle difficoltà interpersonali attuali, insieme ad eventuali disfunzioni sessuali del partner, o un'adeguata stimolazione e/o un insoddisfacente contesto emozionale e sessuale. Oltre all'esame della storia relazionale e il significato della funzionalità/disfunzionalità sessuale all'interno della coppia, andrebbero indagate la qualità della comunicazione, sessuale e non, e l'iniziativa/rifiuto del sesso-affetto (Simonelli, 2002). L'evidenza clinica ha rivelato che all'interno della coppia, quando la donna ha un problema, l'attività sessuale, pur risentendone, di solito non è sospesa; piuttosto la donna spesso si colpevolizza o, in altri casi, l'uomo pensa di non essere in grado di offrire una buona performance. Comunque la sofferenza investe anche l'altro/a, lo spazio e il tempo dell'intimità tendono a ridursi e ad essere problematici, inoltre possono riscontrarsi ricadute negative in altre aree del rapporto non prettamente sessuali. Questa fase di assessment consente di prendere delle decisioni sull'intervento clinico da proporre; in quest'ottica, si prediligerà un lavoro centrato sulla coppia nei casi in cui si è riscontrato un coinvolgimento relazionale nell'insorgenza o mantenimento del sintomo, verificando un'eventuale co-presenza di disturbi sessuali nel partner. Viceversa verrà proposto un intervento con la donna in presenza di disagi individuali specifici (intrapsichici). In entrambi i casi, si utilizzerà un intervento flessibile, individuale e di coppia, dove il partner potrà svolgere un ruolo di facilitatore.

Le linee guida per l'assessment delle disfunzioni sessuali femminili comprendono la necessità di individuare i fattori di predisposizione, precipitanti e di mantenimento del sintomo sessuale. Se in consultazione si presenta una coppia è necessario indagare i suddetti fattori in entrambi i partner. Un'attenzione particolare, qualora le disfunzioni sessuali riportate siano presenti da diverso tempo, dovrebbe essere rivolta alla storia delle relazioni pregresse.

In prima battuta, per ogni disturbo dovrebbero essere definite le caratteristiche temporali, se quindi il disturbo è primario o acquisito; le caratteristiche in relazione al contesto, se il disturbo è generalizzato o situazionale; il grado di stress emotivo associato al disturbo, se assente, medio, moderato, marcato. La comprensione della etiologia del disturbo (biologica, psicogena, mista) infine aiuterà il clinico sia nella pianificazione del trattamento terapeutico sia nella valutazione delle figure specialistiche eventualmente da coinvolgere (ad esempio, ginecologo, psichiatra, ecc.). In linea

generale, infine, sembra che una buona riuscita del trattamento sessuologico sia legata alla motivazione, più o meno forte della coppia, ad intraprendere il trattamento, ad una buona qualità della relazione di coppia, all'attrazione fisica tra i partner e alla motivazione di entrambi al cambiamento. Sul versante opposto, tra i fattori di prognosi sfavorevoli nella pratica clinica si riscontrano principalmente: una relazione gravemente conflittuale tra i partner, una scarsa motivazione del partner non disfunzionale al trattamento, gli scarsi segni di adesione al trattamento dopo il terzo incontro (legati ad esempio, ad aspettative magiche e/o ad un atteggiamento passivo della coppia) (Althof, Leiblum, 2004).

Conclusioni

Fino alla fine degli anni Novanta, la ricerca si è occupata solo in minima parte delle DSF. Gli specialisti del settore (sessuologi clinici, medici, psicologi) hanno avuto grosse perplessità nel continuare ad inquadrare i disturbi sessuali riportati dalle donne nelle classificazioni esistenti. Queste classificazioni, sono state coniate in modo speculare alla definizione dei disturbi maschili, senza tener conto di alcune peculiarità della sessualità femminile. Come ha notato Bartlik (1999) "il fatto che esistano scarse indagini cliniche e scientifiche sulla sessualità femminile è dovuto più a fattori sociologici che ad una vera e propria necessità di carattere medico. Gli ostacoli che si sono frapposti al perseguimento di questo tipo di ricerca affondano le proprie radici nei pregiudizi e nei timori nei confronti della sessualità – in particolare della sessualità femminile – di cui è permeata la nostra cultura". A tale proposito numerosi autori si sono scagliati contro le vecchie credenze che circondano da sempre la sessualità femminile, ribadendo con forza la necessità che essa venga osservata con criteri diversi da quella maschile. Le nuove definizioni indicano questa forte necessità di un inquadramento diagnostico che tenga conto del rapidissimo crescere della ricerca di base e clinica sulla sessualità femminile, mostrando l'essenziale complementarità dell'approccio medico e psicossessuale, oltre che la necessità di sviluppare uno scenario di riferimento comune, sia culturale sia fisiopatologico. Su questa linea, l'approccio ideale alle disfunzioni sessuali femminili è dato dalla collaborazione e dall'integrazione dei diversi specialisti che si occupano della salute della donna. Occorre ricordare che pur essendoci delle significative somiglianze anatomico funzionali tra la sessualità maschile e quella femminile, rimangono comunque delle differenze dal punto di vista psicologico e dell'esperienza sessuale che non ci consentono di intervenire sulle disfunzioni sessuali femminili nello stesso modo

in cui interveniamo in quelle maschili. Nonostante la presenza di disturbi organici, sono molto più spesso i fattori psicosociali, emozionali e/o relazionali a determinare l'insorgenza e/o il mantenimento di un disturbo sessuale nella donna. Il rischio della sessofarmacologia, come la definisce la Tiefer (2001), è quello di perpetuare la funzione genitale come la primaria, "naturale" esperienza sessuale.

Il corretto funzionamento della risposta sessuale umana dipende da una varietà di fattori che sono sia fisiologici che psicologici. I sostenitori dei farmaci ra-

ramente tengono in considerazione gli aspetti psicologici della disfunzione sessuale.

Sarebbe necessario che le ricerche sulle disfunzioni sessuali femminili si orientassero su due fronti, da una parte lo sviluppo di studi epidemiologici che tengano conto della nuova classificazione proposta e dall'altra il perfezionamento degli studi anatomici. Come suggerisce Basson (2003) è di primaria importanza favorire la libertà dell'individuo nell'espressione della propria sessualità/affettività dai disordini di natura organica che interferiscono con la funzione sessuale e riproduttiva.

Bibliografia

1. Althof S.E., Leiblum S. (2004): *Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction, Sexual Medicine, Sexual Dysfunction in Men and in Women*. In Lur T.F., Basson R., Rosen R. (Eds): 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions, Health Publication, Paris.
2. American Psychiatric Association. (2000): *DSM-IV TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Bancroft J. (2001): *Commentary: Conceptualizing women's sexual problems*, Journal of Sex and Marital Therapy. 27 (2), 95-103.
4. Bancroft J., Loftus J., Long J.S. (2003): *Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships*. Archives of Sexual Behavior, 32 (3), 193-204.
5. Bartlik B., Goldberg J. (1999): *Female sexual arousal disorder*. In Leiblum S., Rosen R. (Eds.): Principles and practice of sex therapy (3rd ed.), Guilford Press, New York.
6. Basson R. (2001): *Commentary: Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction?* Journal of Sex and Marital Therapy. 27 (2), 105-112.
7. Basson R. (2003): *Women's desire deficiencies and avoidance*. In Levine S.B., Risen C.B., Althof S.E. (Eds): Handbook of Clinical Sexuality for mental health professionals, Brunner Routledge, New York, 111-130.
8. Basson R., Bertian J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J., Goldstein I., Graziottin A. (2000): *Report Of The International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: Definitions And Classifications*. Journal of Urology, 163, 888-893.
9. Basson R., Brotto L., Laan E., Redmond G., Utian W.H. (2005): *Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal*. Journal of Sexual Medicine, 2, 291-300.
10. Basson R., Leiblum S.R., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., Graziottin A., Heiman J., Laan E., Meston C., van Lankveld J., Weijmar Schultz W. (2003): *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision*. Journal of Psychosomatic Observation Gynecol. 24 (4), 221-229.
11. Basson R., Leiblum S.R., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., Graziottin A., Heiman J., Laan E., Meston C., Schover L., van Lankveld J., Weijmar Schultz W. (2004): *Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction*. Journal of Sexual Medicine 1 (1), 40-48.
12. Binik M.Y., Bergeron S., Khalifé S. (2000): *Dyspareunia*. In Leiblum S., Rosen R., (Eds.): Principles and Practice of Sex Therapy, Guilford Press, New York, 154-180.
13. Cawood H.H., Bancroft J. (1996): *Steroid hormones, menopause, sexually and well-being of women*. Psychophysiolol. Med. 26, 925-936.
14. Gabbard G.O. (1990): *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 1992.
15. Graziottin A., Koochaki P. (2003): *Distress associated with low sexual desire in women in four EU countries*, Maturitas, 44/Suppl. 2, S116.
16. Hawton K., Gath D., Day A. (1994): *Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynaecological and menopausal factors*. Archives of Sexual Behavior 23, 375-395.
17. Heiman J.R. (2002): *Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments*. Journal of Sex Research 39, 73-80.
18. Laumann E.O., Nicolosi A., Glasser D.B., Paik A., Ginkel C., Moreira E., Wang T. (2005): *Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the Global Studies of Sexual Attitudes and Behaviors*. International Journal of Impotence Research 17, 39-57.
19. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. (1999): *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors*. Journal of the American Medical Association 281, 537-544.
20. Leiblum S. (2001): *Commentary: Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction*. Journal of Sex and Marital Therapy 27 (2), 159-166.
21. Leiblum S., Nathan S. (2002): *Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint*. Sex Relationship Therapy 27 (2), 159-166.
22. Leiblum S., Rosen R. (2000): *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, New York.
23. Leiblum S. (2004): *Sexual Arousal Problems in Women: a Clinical Perspective*. Urologica 14, 89-93.
24. Levine S.B. (2003): *The nature of sexual desire: a clinical perspective*. Archives of Sexual Behavior 32 (3), 279-285.
25. Mah K., Binik Y.M. (2001): *The Nature of Human Orgasm: A Critical Review of Major Trends*. Clinical Psychology Review 21(6), 823-856.
26. Meston C.M. (2001): *Commentary: Receptivity and personal distress: considerations for redefining female sexual dysfunction*. Journal of Sex and Marital Therapy 27 (2), 179-182.
27. Pizzini F. (1999): *Corpo medico e corpo femminile*. Franco Angeli, Milano.
28. Pridal C.G., Lo Piccolo J. (2004): *Trattamento multimodale dei disturbi del desiderio: Integrazione della terapia cognitiva, comportamentale e sistemica*. In Graziottin A. (a cura di): Principi e

- pratica di terapia sessuale, CIC Edizioni internazionali, Roma.
29. Rosen R.C., Philips N.A., Gendrano N.C. (1999): *Oral phenolamine and female sexual arousal disorder: A pilot study*. Journal of Sex and Marital Therapy, 25, 137-144.
 30. Rossi R., Michetti P.M., Simonelli C. (1998): *L'approccio integrato nell'esperienza dell'Istituto di Sessuologia Clinica di Roma*. Rivista di Sessuologia Clinica, 2, 7-14.
 31. Simonelli C., Fabrizi A., Vizzari V., Accattatis C. (2004): *Le disfunzioni sessuali femminili nell'esperienza di un centro clinico di sessuologia*. Andrologia, XXI Congresso Nazionale delle Sezioni Regionali, CIC Edizioni Internazionali, Trieste.
 32. Simonelli C. (2002): *Le scuole di sessuologia: l'Istituto di Sessuologia Clinica di Roma*. In: Baldaro Verde J., Genazzani A. (a cura di): *Identità sessuale: percorsi a confronto*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
 33. Simonelli C., Rossi R., Fabrizi A. (2000): *La formazione in sessuologia in Italia: il modello dell'Istituto di Sessuologia Clinica di Roma*. Rivista di Sessuologia Clinica, 2, 61-68.
 34. Simonelli C., Fabrizi A. (2006): *L'approccio integrato*. In: Simonelli C. (a cura di), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, Franco Angeli, Milano.
 35. Solms M., Turnbull O. (2002): *The brain and the inner world*. Karnac Books, London.
 36. Spector L., Carey M. (1990): *Incidence and prevalence of the sexual dysfunction: A critical review of the empirical literature*. Archives of Sexual Behavior, 19, 389-396.
 37. Tiefer L. (2001): *Feminist critique of sex therapy: foregrounding the politics of sex*. In P.J. Kleinplatz (ed): *New directions in sex therapy: innovations and alternatives*, Brunner Routledge, Philadelphia pp. 29-49.
 38. World Health Organization (1992): *ICD-10: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*. Geneva, World Health Organization.

(da "Rivista di Sessuologia" - Vol. 30 - n. 4/2006)

La Food and Drug Administration approva Evista per la prevenzione del cancro della mammella

La Food and Drug Administration statunitense (FDA) ha dato il via libera al farmaco per l'osteoporosi Evista (raloxifene), della Lilly, per ridurre il rischio di carcinoma invasivo della mammella. Evista è indicato per tale uso nelle donne in postmenopausa con osteoporosi e nelle donne in postmenopausa ad alto rischio di carcinoma invasivo della mammella.

Donne ad alto rischio sono quelle con un rischio di cancro della mammella a 5 anni >1,66% (calcolato in base al modello di Gail), una storia di LCIS (*Carcinoma Lobulare in situ*) all'esame biptico della mammella, o una familiarità per la malattia. Le donne con mutazioni dei geni *BRCA1* e *BRCA2*, e quelle ad altissimo rischio di cancro della mammella non sono state incluse nei trial di Evista.

Il modulatore selettivo del recettore degli estrogeni (SERM, *Selective Estrogen Receptor Modulator*) diventa così il secondo farmaco, dopo il tamoxifene, approvato per ridurre il rischio di cancro della mammella. Evista aveva ricevuto l'approvazione per la prevenzione dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa nel 1997, e quella per la terapia di questa stessa condizione nel 1999.

Il farmaco agisce bloccando i recettori degli estrogeni a livello mammario ed è quindi utile per prevenire il cancro della mammella ER (*Estrogen Receptor*)-positivo, al pari del tamoxifene. Il Dott. John Mershon, consulente medico della Lilly, ha dichiarato che circa l'80% delle donne in postmenopausa a cui viene diagnosticato il cancro della mammella sono ER-positive.

A differenza del tamoxifene, il raloxifene non è stato testato in donne in premenopausa.

Nel nuovo foglio illustrativo americano ci sarà la controindicazione nelle donne con una storia di tromboembolie pregresse o in atto.

Nel mese di luglio, il comitato consultivo sui farmaci oncologici (ODAC, *Oncologic Drugs Advisory Committee*) ha riconosciuto che Evista ha un favorevole rapporto rischio/beneficio nel ridurre il rischio di cancro invasivo della mammella nelle donne in postmenopausa con osteoporosi.

Secondo i membri del comitato il raloxifene offrirebbe un profilo di sicurezza migliore rispetto al tamoxifene e darebbe alle donne e ai loro medici un'altra opzione.

Per prendere la loro decisione, la FDA e il suo panel hanno preso in considerazione quattro importanti studi – STAR, RUTH, MORE e CORE* – , i cui risultati sono stati ampiamente riportati. Lo studio STAR ha confrontato raloxifene e tamoxifene, riscontrando che entrambi i farmaci riducevano di circa il 50% il rischio di cancro invasivo della mammella, dopo un follow-up medio di 4 anni. In questo studio, condotto su 19.747 donne, dopo un follow-up medio di 47 mesi si sono registrati 167 casi di cancro invasivo della mammella nel gruppo raloxifene e 163 in quello tamoxifene. Entrambe queste cifre erano coerenti con il numero di 312 eventi predetti. Nel gruppo raloxifene si sono avuti un numero leggermente superiore di cancri non invasivi della mammella [quali DCIS (*Carcinoma Duttale in situ*) e LCIS].

Vista la loro simile efficacia, secondo il Dott. Mershon, la scelta tra raloxifene e tamoxifene dovrebbe dipendere dai differenti profili degli effetti collaterali dei due farmaci. Ad esempio, il raloxifene può costituire una scelta migliore in una donna che ha ancora l'utero, a causa dell'aumentato rischio di cancro uterino osservato con il tamoxifene.

I trial RUTH, MORE e CORE hanno confrontato Evista con placebo. Dallo studio RUTH è emerso che Evista dava luogo a una riduzione dello 0,6% del rischio assoluto di cancro invasivo della mammella (il cancro della mammella è stato diagnosticato nell'1,4% dei soggetti trattati con placebo, rispetto allo 0,8% di quelli del gruppo Evista), e del 44% del rischio relativo. Il trial MORE, della durata di 4 anni, ha mostrato una riduzione dell'1,1% del rischio assoluto (1,5% nel gruppo placebo, contro lo 0,4% di quello Evista) e del 71% di quello relativo. Il trial CORE, anch'esso della durata di 4 anni, ha riscontrato una riduzione dello 0,9% del rischio assoluto (1,6% nel gruppo placebo, in confronto allo 0,7 % di quello Evista), e del 56% del rischio relativo.

È stato anche sollevato il problema se il farmaco ritardasse la comparsa del cancro della mammella o lo prevenisse. Il Dott. Mershon ha detto che era difficile dare una risposta a questa domanda, come peraltro per qualsiasi altro agente preventivo. I dati a lungo termine contribuiranno a stabilirlo, ha aggiunto, e anche se la risposta fosse che il farmaco ritarda di molti anni la comparsa della malattia, si tratterebbe comunque di un "grande vantaggio per le donne".

*RUTH (*Raloxifene Use for The Heart*); MORE (*Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation*); CORE (*Continued Outcomes Relevant to Evista*); STAR (*Study of Tamoxifen And Raloxifene*).