

*Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVIII - n. 4
Aprile 2006*

editoriale

La sessualità femminile nell'arco della vita

A. GRAZIOTTIN

È un grande onore essere curatrice di questa monografia. Dedicata alla “Sessualità femminile nell'arco della vita”.

Oggi è crescentemente riconosciuto il diritto delle donne di vivere una sessualità piena e felice. E tuttavia questo diritto non può essere soddisfatto se non cresce in parallelo la conoscenza della sessualità femminile nella sua complessità biologica, psicosessuale e relazionale (Bachmann et al, 2002; Bamcroft et al, 2003; Basson et al, 2000; 2003). Una conoscenza critica quando la sessualità deluda, o causi dolore o senso di insoddisfazione e di inadeguatezza, quando sia problematica, quando sia malata e richieda un aiuto competente dal punto di vista medico.

Il ginecologo è lo specialista che per vocazione e destino ha la massima probabilità di essere l'interlocutore privilegiato della donna anche sul fronte della sua felicità sessuale. Ma non è l'unico. Anche il medico di famiglia, che meglio conosce la donna e la sua famiglia nell'arco della vita, può essere prezioso nell'indirizzare le domande che la donna e la coppia gli pongono sulla sessualità, nell'impostare criticamente la diagnosi e indirizzare poi eventualmente la donna o la coppia ad una struttura di secondo livello. Tuttavia questa monografia è dedicata non solo ai ginecologi e ai medici di famiglia ma anche agli altri specialisti della salute, tra cui le ostetriche e le fisioterapiste meritano un posto speciale. A quanti desiderino arricchire il proprio orizzonte culturale e aumentare la propria capacità di curare e prendersi cura della donna e della coppia che a loro si affida (Leiblum e Rosen, 2004; Graziottin, 2004, 2005; Plaut et al, 2004).

I colleghi – cultori della materia – che gentilmente hanno accettato l'invito di contribuire a questa monografia, daranno al lettore e alla lettrice la possibilità di aprire una finestra sul grande e sfaccettato mondo della sessualità femminile. In questo volume lo faranno nella sua dimensione evolutiva, ricca di cambiamenti fisiologici in parallelo alle grandi stagioni della vita femminile. Nel secondo numero monografico, che seguirà a breve, svolgeranno il tema nella dimensione più squisitamente fisiopatologica, quando davvero il medico conta, nella sua capacità diagnostica fine e articolata e nella sua grande – e in questo campo inespresa – possibilità di cura (Plaut et al, 2004; Graziottin, 2004, 2005).

Alcuni punti essenziali, che caratterizzano la sessualità femminile, meritano di essere qui brevemente menzionati.

La sessualità delle donne è infatti multifattoriale: dipende da fattori biologici, psicosessuali e correlati al contesto, inteso sia come coppia, sia come ambiente socioculturale (Dennerstein et al, 1999; Laumann et al, 1999; Klausmann, 2002; Basson, 2003; Levine, 2003; Liu, 2003). È multisistemica: nelle donne, come negli uomini, la sessualità è fortissimamente radicata nel biologico (Pfaus & Everitt, 1995; Meston & Frolich, 2000; Levin, 2002; Dennerstein et al, 2005). Concetto chiaro negli uomini, mentre nelle donne per decenni l'attenzione quasi maniacale agli aspetti affettivi e relazionali ha a torto emarginato gli essenziali aspetti biologici: endocrini (Graziottin, 2004, 2005; Dennerstein et al, 2005), vascolari (Goldstein & Berman, 1998), neurologici, specie correlati alla biologia del dolore (Graziottin, 2005b), muscolari, metabolici, immunitari. Solo negli ultimi 7-8 anni l'attenzione alla sessualità femminile ha conosciuto la sua rivoluzione copernicana. E il biologico – negletto per decenni – conosce ora il momento del suo

trionfo. A maggior ragione è allora necessario trasmettere ai medici – in tempo reale – il senso e il passo veloce di queste conoscenze, la bellezza di questi orizzonti conoscitivi, che finalmente si aprono a una diversa pragmatica dell'intervento terapeutico.

Tre dimensioni maggiori si incontrano e interagiscono, quando parliamo di sessualità femminile: l'identità sessuale, la funzione sessuale e la relazione di coppia. La loro integrazione armoniosa dà alla sessualità femminile i colori e i profumi della pienezza e della felicità che completa l'amore e lo rende unico. Inadeguatezze o franche patologie sulle diverse dimensioni danno invece alla sessualità femminile – e di coppia – il profilo problematico che la connota come infelice, incompleta, insoddisfatta o ferita, dalla malattia o dalla vita (Plaut et al, 2004; Basson et al, 2000, 2003).

Nell'arco della vita, la sessualità femminile è anche fisiologicamente discontinua. Basti pensare alla ciclicità segnata dal ciclo mestruale, con il suo picco di desiderio all'ovulazione, e le sue flessioni mestruali; alla gravidanza, con il suo calo fisiologico sia del desiderio sia della frequenza, col progredire della gestazione; al vulnerabile e negletto puerperio; alla menopausa (Graziottin 2004). Variazioni fisiologiche ulteriormente modulate da eventi personali, esistenziali, contestuali e correlati alle vicissitudini della coppia come anche a fattori storici.

Le disfunzioni sessuali femminili sono correlate all'età, che rappresenta il primo fattore che negativamente può modificare tutte le sue dimensioni. Su di esso, con effetto peggiorativo amplificante, agisce poi il terremoto endocrino della menopausa, specie se precoce (Graziottin e Basson, 2004, Dennerstein et al, 2005).

Le disfunzioni sessuali femminili possono verificarsi lungo un continuum che dalla insoddisfazione, con potenziale integrità della risposta fisiologica, ma con frustrazione emozionale e affettiva, si muove verso la disfunzione (con o senza modificazioni patologiche) fino alla patologia franca, biologicamente fondata.

Tuttavia, va anche ricordato come la insoddisfazione sessuale, il disinteresse e anche la disfunzione possano essere del tutto appropriati in un contesto "antisessuale": per esempio, quando il partner è affetto da disfunzioni sessuali maschili, oppure quando è aggressivo e abusa di lei verbalmente, fisicamente o sessualmente. Inoltre, e non marginale, la disfunzione può accompagnarsi o meno a un significativo distress personale. Esiste oggi un consenso internazionale nel qualificare come disturbo ("*disorder*") meritevole di attenzione clinica solo il sintomo sessuale che causi significativo disagio (distress) personale (Basson et al, 2003; Leiblum & Rosen, 2004). È d'altra parte questa la caratteristica che sola può poi motivare davvero la donna a cercare e perseguire una soluzione terapeutica adeguata al suo problema.

Infine, un tratto saliente delle disfunzioni sessuali femminili è la co-morbidity: da intendersi sia nel senso di co-presenza di diverse disfunzioni sessuali (per esempio, è frequente che lo scarso desiderio si accompagni a difficoltà di eccitazione e di orgasmo) sia nel senso di contemporanea presenza di disfunzioni sessuali e problemi medici sul fronte endocrino, metabolico, muscolare, urologico e così via (Graziottin, 2004; Plaut et al, 2004; Leiblum & Rosen, 2004).

Ecco perché oggi il ruolo del medico – e del ginecologo in particolare – è essenziale come compagno di viaggio nell'intero arco di vita della donna. Non solo per la prevenzione delle malattie, non solo per aiutarla a vivere al meglio le grandi stagioni dell'esistenza, ma anche per arricchire la qualità della sua vita di quella misura unica e luminosa che nasce da una sessualità felice, ad ogni età.

Bibliografia

1. BACHMANN G., BANCROFT J., BRAUNSTEIN G. et al.: 2002 *FAI: the Princeton consensus statement on definition, classification and assessment*. *Fertil. Steril.* 77: 660-665.
2. BANCROFT J., LOFTUS J., LONG J.S.: *Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships*. *Arch. Sex. Behav.* 32; 3: 193-204, 2003.
3. BASSON R.: *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, p 111-130, 2003.
4. BASSON R., BERTIAN J., BURNETT A., DEROGATIS L., FERGUSON D., FOURCROY J., GOLDSTEIN I., GRAZIOTTIN A. et al.: *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications*. *J. Urol.* 163: 888-893, 2000.

5. BASSON R., LEIBLUM S.R., BROTTTO L., DEROGATIS L., FOURCROY J., FUGL-MEYER K., GRAZIOTTIN A., HEIMAN J., LAAN E., MESTON C., VAN LANKVELD J., WEIJMAR SCHULTZ W.: *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision J. Psychosomatic Obstet. Gynecol.* 24 (4): 221-229, 2003.
 6. DENNERSTEIN L., LEHERT P., BURGER H. et al.: *Factors affecting sexual functioning of women in the midlife years. Climacteric* 2: 254-262, 1999.
 7. DENNERSTEIN L., KOOCHAKI P.E., BARTON I., GRAZIOTTIN A.: *Surgical menopause and female sexual functioning: a survey of western european women Menopause* (in press), 2005.
 8. GOLDSTEIN I., BERMAN J.: *Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndrome. Int. J. Impot. Res.* 10: S84-S90, 1998.
 9. GRAZIOTTIN A.: *Sexuality in postmenopause and senium. In Lawritzen C., Studd J. (eds) Current management of the menopause.* Martin Duniz, London p 185-203, 2004.
 10. GRAZIOTTIN A.: *a Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions.* In: Kandeel F, Lue T, Pryor J., Swerdloff R (eds) *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment.* Marcel Dekker, New York (in press), 2005.
 11. GRAZIOTTIN A.: *b Il dolore segreto.* Mondadori, Milano, 2005.
 12. GRAZIOTTIN A. BASSON R.: *Sexual Dysfunctions in women with Premature Menopause. Menopause,* 11 (6): 766-777, 2004.
 13. KLAUSMANN D.: *Sexual motivation and the duration of the relationship. Arch. Sex. Behav.* 31: 275-287, 2002.
 14. LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C.: *Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. JAMA* 281: 537-544, 1999.
 15. LEIBLUM S.R., ROSEN R.: *Principi e pratica di terapia sessuale.* Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004.
 16. LEVIN R.J.: *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. Arch. Sex. Behav.* 31; 5: 405-411, 2002.
 17. LEVINE S.B.: *The nature of sexual desire. Arch. Sex. Behav.* 32; 3: 279-285, 2003.
 18. LIU C.: *Does quality of marital sex decline with duration? Arch. Sex. Behav.* 32, 1: 55-60, 2003.
 19. MESTON C.M., FROLICH P.F.: *The neurobiology of sexual function. Arch. Gen. Psych.* 57; 1012-1030, 2000.
 20. PFAUS J.G., EVERITT B.J.: *The Psychopharmacology of Sexual Behaviour.* In: Bloom F.E., Kupfer D. (eds.) *Psychopharmacology.* Raven Press, New York, p 743-758, 1995.
 21. PLAUT M., GRAZIOTTIN A., HEATON J.: *Sexual dysfunction.* Health Press, Oxford, UK, 2004.
-