

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

Contracezione ormonale e sessualità: il counseling prima e durante la contraccezione

S. CARUSO

RIASSUNTO: Contracezione ormonale e sessualità: il counseling prima e durante la contraccezione.

S. CARUSO

Il ruolo della contraccezione orale viene analizzato alla luce dei molti fattori che ne influenzano la scelta, la accettabilità e la soddisfazione d'uso, non solo generale ma specificamente sul piano sessuale. Le più alte incidenze della perdita della libido sono state riportate da studi spesso di natura retrospettiva incapaci però, a differenza degli studi prospettici, di separare gli aspetti fisiologici, correlati alla soppressione delle ovulazioni, dagli effetti farmacologici, dovuti all'azione specifica dell'etinilestradiolo e dei diversi progestinici. Paradossalmente, le donne che assumono il contraccettivo orale riportano, a dispetto di un calo della libido, una più alta frequenza coitale rispetto alle utilizzatrici di altri metodi contraccettivi, nonché un aumento della frequenza e dell'intensità degli orgasmi. Tuttavia gli effetti positivi della contraccezione orale sulla sessualità si realizzano in un sottogruppo di donne, quelle che riescono a separare la sessualità procreativa dalla sessualità finalizzata al piacere. Pertanto la conoscenza della sessualità dell'utente antecedente la prescrizione può consentire di formulare non solo previsioni sulla risposta comportamentale e del livello di gratificazione sessuale, bensì di diversificare la condotta del counseling da adottare con la donna e/o la coppia.

SUMMARY: Hormonal contraception and sexuality: the counseling before and during the pill intake.

S. CARUSO

The acceptability of a contraceptive method depends among other factors on the quality and quantity of the side effects, including mood and libido changes. Several studies have shown that women taking OCs have higher coital frequency than women using other contraceptive methods, and an increase in the frequency and intensity of orgasms. The positive effects of the pill on sexual response are often due to the separation of procreational sexuality from recreational sexuality. A woman's sexual response may influence the particular choice and acceptance of a contraceptive. A method that is not psychologically acceptable is likely to result in discontinuation. This could perhaps be attributed to preparations containing progestational compounds. However, the effects of steroid on sexual desire and motivation are a question still under debate.

KEY WORDS: Contracezione orale - Counseling - Sessualità.
Oral contraception - Counseling - Sexuality.

Introduzione

La contraccezione orale ha segnato l'inizio di un cambiamento epocale nella storia dell'umanità, consentendo alla donna di utilizzare un metodo antifecondativo che le permette di decidere, in anticipo, il momento potenzialmente *concezionale* della relazione sessuale, collocandolo in un determinato periodo della propria vita riproduttiva.

Tuttavia, i problemi non risolti della donna con la propria immagine corporea ed il ruolo della maternità nel progetto di vita, possono ostacolare la scelta di metodi sicuri, piuttosto che di pratiche sessuali empiriche, ostacolanti la fertilità, primi tra tutti la pillola. Ciò sicuramente porta a conseguenze molto importanti per quel che riguarda il comportamento, e l'esperienza e la moralità sessuale (1). Non di meno, la tipologia della sessualità potrebbe influenzare la particolare scelta e l'accettabilità di un metodo contraccettivo che in qualche modo modulerà la risposta sessuale medesima.

Al fine di raggiungere una neutralità metabolica, la ricerca in campo contraccettivo ha indirizzato le pro-

Università degli Studi di Catania - Ospedale S. Bambino
Dipartimento di Scienze Microbiologiche e Ginecologiche
Gruppo Ricerca Sessuologica

© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

prie attenzioni a formulare preparati orali che contenessero quantità sempre più piccole di etinilestradiolo (EE), e progestinici che esplicassero, fondamentalmente, un'attività antiandrogenica. Tale obiettivo è stato raggiunto da tempo, già con i contraccettivi orali definiti di seconda generazione. Bisogna, tuttavia, rilevare che la messa a punto di tali formulazioni estro-progestiniche (EP), anche le più recenti, non tiene conto, se non superficialmente, degli effetti sul comportamento, sull'umore e sulla sessualità della donna che le assume (2).

Il medico, ed ancor più il ginecologo, spesso si confronta con lamentele su una qualche inefficacia della pillola e sull'insorgenza di eventi non desiderati, che talvolta non coincidono con la *nozione scientifica* di efficacia e di sicurezza del prescrittore; sorge una dicotomia concettuale poiché l'utilizzatrice mette in discussione gli aspetti soggettivi mentre il medico valuta l'oggettività della relazione. Solo quando la traduzione dei contenuti diviene chiara per entrambi, il concetto di accettabilità assume una connotazione nuova ed inaspettata. Così l'efficacia, misurata attraverso gli effetti sulla sessualità, riconquista il ruolo di pilastro centrale della contraccezione. Pertanto, l'accettabilità non dipende solamente da una neutralità metabolica espletata dalla pillola, oggettivamente misurabile; essa dipende anche da una certa *neutralità sessuologica* soggettivamente misurabile. Di conseguenza, la *compliance*, quale concetto globale di accettabilità, non può non tenere conto della sessualità del singolo e/o della coppia, poiché i destini e il successo contraccettivo dipendono fondamentalmente dai cambiamenti che la sessualità subisce. Sebbene una certa neutralità sessuologica possa rappresentare un obiettivo da vivere in corso di contraccezione orale, la donna si aspetta un miglioramento della propria vita sessuale, ormai privata dall'ansia della gravidanza non desiderata. Tuttavia essa qualche volta riferisce di perdere il proprio *interesse sessuale*. Da cosa può dipendere tale evento indesiderato? Sebbene venga postulata una certa *attività modulatrice sulla sessualità* svolta dagli steroidi, i loro effetti sul desiderio e sulla motivazione sessuale restano ancora una questione alquanto dibattuta. Le più alte incidenze della perdita della libido sono state riportate da studi spesso di natura retrospettiva incapaci però, a differenza degli studi prospettivi, di separare gli aspetti fisiologici dagli effetti farmacologici. Da un punto di vista fisiologico, durante la fase follicolare del ciclo mestruale le donne riportano un incremento del desiderio sessuale, che persiste ed aumenta nella fase periovulatoria, nel corso della quale la maggior parte di loro riferisce un maggior numero ed una migliore qualità di fantasie erotiche rispetto alla fase luteinica (3). Probabilmente le fluttuazioni del desiderio sono dovute alle cicliche fluttuazioni del testosterone secreto a livello ovarico dalle cellule

del Leydig, sotto stimolazione del LH. Contestualmente, l'ormone follicolo stimolante (FSH) produce incremento degli estrogeni ovarici, la cui attività si esplica su target genitali e non genitali, inducendo un migliore trofismo della cute e delle mucose, attivando le secrezioni genitali ed extragenitali, e migliorando la percezione sensoriale attraverso una migliore conduzione nervosa (4, 5). Tale meccanismo ciclico steroideo realizza comportamenti sessuali diversificati lungo il ciclo mestruale, anche se usualmente non avvertiti dalla donna; potremmo affermare che spesso tali meccanismi agiscono in maniera del tutto inconsapevole, e per questo più affascinanti da un punto di vista filogenetico. Basti pensare che l'insieme dell'interazione psicosomatica con l'ambiente, in cui gli organi di senso rappresentano l'anello di contatto con il contesto, ha un fine ben specifico, la conservazione della specie! Il venir meno delle fisiologiche oscillazioni del clima ormonale durante l'assunzione dei contraccettivi orali potrebbe determinare cambiamenti, seppur minimi, del desiderio sessuale e della sua qualità, poiché, in corso di contraccezione si verifica una caratteristica *"tonicità"* dei livelli steroidei, che si stabilizza ad una condizione simile a quanto si osserva fisiologicamente in fase luteinica del ciclo mestruale (6, 7). Tale tonicità è dovuta fondamentalmente al contenuto steroideo della pillola, che da una parte induce un clima progestinico, e dall'altra una bassa e costante quantità di estrogeni che inducono un'attività trofica discutibile. Infine queste modificazioni umorali sembrerebbero influenzare elementi psicologici (8) e psicorelazionali (9).

Anche se ancora è del tutto discutibile, dal punto di vista biologico la riduzione dei livelli androgenici circolanti, ovvero del mancato picco di metà ciclo dovuto al feed-back negativo prodotto dalla pillola sul LH, associata alla perdita delle fluttuazioni fisiologiche degli estrogeni, rappresenterebbe il pilastro centrale delle modificazioni del desiderio. Sul versante psicologico, invece, sia la profonda ripercussione della scelta del contraccettivo e la conseguente responsabilità, che l'alto valore attribuito all'esperienza sessuale ormai libera dal rischio della gravidanza, ma non per questo facilmente gestibile, sono probabilmente elementi che modificano la libido durante l'uso del contraccettivo orale (10).

Sebbene il meccanismo intrinseco dei contraccettivi orali sui livelli dell'interesse sessuale è complesso, è chiaro che questo effetto non può essere semplicemente una conseguenza del cambiamento negativo dell'umore indotto dalla pillola. Si è portati a pensare, pertanto, che i contraccettivi orali possano espletare un'azione diretta sulla sessualità femminile (11, 12). A questo proposito, esiste solo qualche evidenza indiretta che permette di supporre l'esistenza di specifici recettori ormonali nel cervello umano associati alla

libido (13). Paradossalmente, le donne che assumono il contraccettivo orale riportano, a dispetto di un calo della libido, una più alta frequenza coitale rispetto alle utilizzatrici di altri metodi contraccettivi (13), nonché un aumento della frequenza e dell'intensità degli orgasmi (14, 15). Tuttavia è da puntualizzare che gli *effetti positivi* della contraccezione orale sulla sessualità si realizzano in un sottogruppo di donne, quelle che riescono a separare la sessualità procreativa dalla sessualità finalizzata al piacere (16). Pertanto la conoscenza della sessualità dell'utente antecedente la prescrizione può consentire di formulare non solo previsioni sulla risposta comportamentale e del livello di gratificazione sessuale, bensì consente di diversificare la condotta del counseling da adottare con la donna e/o la coppia.

Uno degli obiettivi della ricerca in campo contraccettivo, specie nell'ultimo decennio, è stato il confezionamento di associazioni EP contenenti sempre più basse dosi di estrogeni associate a progestinici dotati di una maggiore azione di selettività e di un'elevata attività biologica. In Europa si predilige il contraccettivo orale monofasico a contenuto di 15 γ , 20 γ o 30 γ di EE, variamente combinato a *Desogestrel*, *Gestodene*, *Levonorgestrel*, *Norgestimate* (17, 18). Recenti formulazioni prevedono l'associazione dell'EE con il *Drenogest* o il *Drospirenone*, due nuove molecole meno potenti dei 19 nor-derivati, ma sicuramente dotate di una maggiore attività fisiologica in quanto più vicine al progesterone naturale. Il *Drenogest* presenta un'elevata attività progestinica, una significativa proprietà antiandrogenica ed un'azione antigonadotropica moderata; non sposta il testosterone dal suo legame con la *sex hormone binding globulin* (SHBG). Il *Drospirenone*, un derivato dello *Spironolattone*, possiede, invece, proprietà biochimiche e farmacodinamiche simili al progesterone, e presenta attività antiandrogeniche.

Nello specifico, gli studi sulle formulazioni a basso dosaggio, con 15 μ g di EE e 60 μ g di gestodene, che aumentando i giorni di assunzione ormonale diminuiscono la finestra hormone-free, hanno, tuttavia, concentrato l'attenzione sulla sicurezza e l'efficacia, e solo superficialmente sugli effetti sul comportamento sessuale (2). I nuovi progestinici riescono a esprimere un'attività antiandrogenica. Il *Desogestrel* e il *Gestodene* legano i recettori per il progesterone e gli androgeni: al fine di aumentare i livelli di proteina legante gli androgeni, l'ambiente endogeno cambia nella direzione di un ipoandrogenismo (19), che potrebbe giustificare la comparsa di un desiderio sessuale ipoattivo. D'altra parte, l'eccessivo basso dosaggio di EE potrebbe produrre secchezza vaginale con conseguente disordine dell'eccitamento e del piacere sessuale. In realtà, nella nostra esperienza, le donne che assumono preparati di pillole monofasiche a basso

dosaggio (15 μ g di EE – 60 μ g di gestodene) riferiscono un desiderio ipoattivo e un'attività sessuale non soddisfacente che si manifestano nel corso dei primi 9 mesi di assunzione della pillola (20). Di contro, le utilizzatrici della monofasica contenente 30 μ g di EE e 3 mg di drospirenone vivono una certa neutralità sessuologica (21). Inoltre, il 20% delle donne utilizzatrici di pillole con 15 μ g di EE riferisce insorgenza di dispareunia, un disagio i cui effetti si ripercuotono negativamente sull'insieme dell'attività sessuale; diversamente dalle monobasiche che contengono 30 μ g di EE: queste non inducono o, se presente riducono, la sindrome algica (21). La Tabella 1 mostra le differenze tra due monobasiche sulla sessualità.

L'importanza del counseling

Da un'analisi critica emerge che, nonostante la minimizzazione, non sempre evidente, degli effetti collaterali correlati alla pillola a basso dosaggio, un notevole numero di donne interrompe il metodo contraccettivo entro i primi mesi di assunzione. L'interruzione e/o la modifica degli schemi terapeutici potrebbero essere correlati alla comparsa di eventi indesiderati, magari poco evidenziati e quindi trascurati dalla pratica clinica, ma con un notevole impatto sulla soggettività, sulla sfera sessuale femminile, nonché sul rapporto di coppia. Tra questi, il maggiore impatto pare essere dovuto alla riduzione delle fantasie sessuali, alla caduta dell'eccitamento, nonché alla ridotta frequenza dei rapporti sessuali per l'insorgenza di dispareunia.

TABELLA 1 - MODIFICAZIONI DELL'ESPERIENZA SESSUALE IN CORSO DI CONTRACCEZIONE ORALE: CONFRONTO TRA DUE MONOFASICHE.

	15 μ g EE/ 60 μ g gestodene	30 μ g EE / 3 mg drospirenone
Attività sessuale	↓	↑
Desiderio	↓	≈
Eccitazione	↓	↑
Orgasmo	≈	↑
Soddisfazione	↓	↑
Piacere	↓	↑
Dispareunia	↑	↓

In ultima analisi, la pillola a basso dosaggio influenzerebbe il comportamento sessuale femminile sia sulla componente soggettiva che su quella oggettiva, innescando un dinamismo autoalimentato e amplificante. Sembrerebbe che gli eventuali effetti indesiderati sulla sfera sessuale siano meno evidenti in coloro che utilizzano pillola a medio dosaggio. L'incremento della lubrificazione vaginale, dell'eccitamento sessuale, il miglioramento dalla dispareunia e della conseguente *performance* sessuale, potrebbero essere correlati alla dose media ed efficace di EE. Per quanto riguarda i progestinici di ultima generazione, gli effetti sulla sessualità appaiono meno prevedibili. La loro formulazione mira principalmente a mantenere una omeostasi metabolica neutra ed evitare androgenismi che produrrebbero modificazioni estetiche indesiderate, quali seborrea ed acne. In realtà, l'ipoandrogenismo è un evento che tutti i progestinici riescono a innescare, tuttavia non tutti i progestinici producono un desiderio ipoattivo. Pertanto, sebbene esista un evento oggettivo misurabile, la variabile soggettiva rappresenta l'elemento che fa la differenza, e che dipende da altre caratteristiche metaboliche dello steroide. Avvertire un miglioramento della propria immagine corporea, sentirsi esteticamente accettabili, sono elementi di elevato impatto intrapsichico che influenzano positivamente la *compliance*. Il drospirenone, a differenza di altri progestinici, sebbene agisca inducendo un clima ipoandrogenico, pare non produrre alterazioni del desiderio sessuale. Probabilmente gli effetti farmacologici, dovuti dall'essere un derivato dello spironolattone, sulla omeostasi elettrolitica e sulla ritenzione idrica, amplificano l'accettabilità *tout-court* e l'efficacia specifica sulla vita sessuale. Questi aspetti sono evidenti anche con altri progestinici, quando riescono ad espletare una neutralità estetica. Il desiderio sessuale pertanto non sembra dipendere soltanto dal clima androgenico, ma da un insieme di "occasioni metaboliche" che insorgono durante l'assunzione della pillola, e che la donna mette a confronto con la sua esperienza pre-contraccettiva.

Un altro pilastro di notevole impatto è rappresentato dalla sessualità del partner. L'adozione di un contraccettivo può migliorare, mantenere o peggiorare la

sua sessualità. La paura di una gravidanza indesiderata può produrre profondi cambiamenti con insorgenza di disagi quali precocità eiaculatoria, deficit erettivo, o desiderio ipoattivo, che possono risolversi in corso di contraccezione. Di contro, una maggiore serenità della donna a gestire la sessualità, o pensare che questo possa avvenire, potrebbe produrre nel partner un senso di inadeguatezza, mitigato fino a quel momento da una disagiata ma condivisa attività sessuale. Nella pratica clinica il counseling, dove è possibile, non può non dare spazio alla conoscenza della sessualità del partner, poiché l'efficacia dipenderà anche dal rapporto che si stabilisce tra la coppia e il contraccettivo. È chiaro che durante il counseling devono essere affrontati altri aspetti, magari più evidenti, che potrebbero interferire con l'accettabilità del metodo e che rappresentano motivo di abbandono del contraccettivo. Ci riferiamo all'incapacità di controllo del ciclo, con sintomi che vanno dallo *spotting* alle menometrorragie per eccessivo basso dosaggio di EE.

Nell'ottica di migliorare l'accettabilità della pillola, il counseling con l'utente dovrebbe porre maggiore attenzione agli aspetti psico-sessuali individuali, purtroppo spesso trascurati, per poter raggiungere il miglioramento dei delicati equilibri tra "costi" e "benefici" di un nuovo preparato. Esiste una moda contraccettiva, che viene pubblicizzata dai mass-media, una *moda* la cui prescrizione ci viene richiesta direttamente dalla donna, verso cui spesso esprimiamo complicità. Un adeguato counseling dovrebbe consentirci di poter adottare un intervento che non finisca con il successo prescrittivo ma che abbia una connotazione dinamica, e che ci trovi pronti ad affrontare eventi indesiderati ma teoricamente già conosciuti dalla donna. D'altra parte, ignorare le abitudini sessuali della donna/coppia, significa ignorare l'essenza della contraccezione, nata appunto per diversificare la sessualità procreativa dalla sessualità ricreativa. Di conseguenza il counseling deve essere costruito, fondamentalmente, attorno e dentro la sessualità ricreativa, pur tenendo conto di altri eventi indesiderati che possono rappresentare ostacoli spesso non consapevoli alla donna, alla coppia e qualche volta, paradossalmente, al prescrittore.

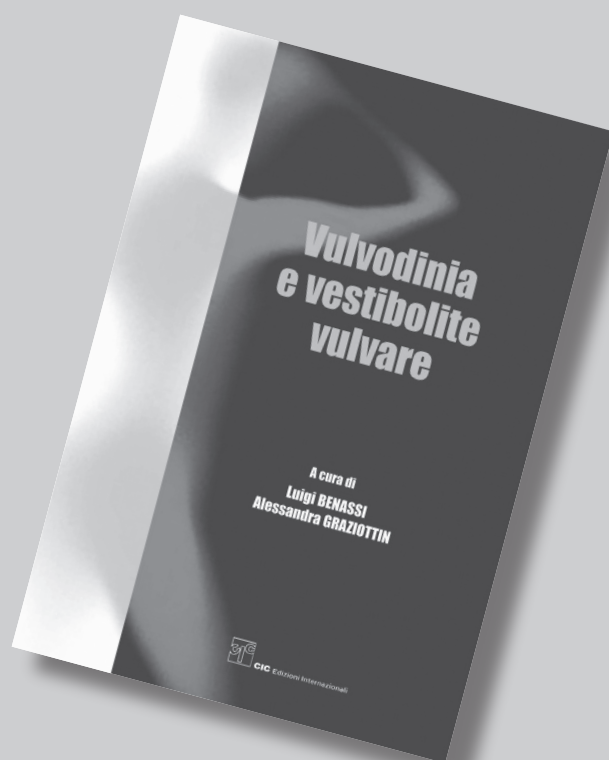
Bibliografia

1. PRIMIERO EM., BASTIANELLI C.: *La contraccezione in Italia*. In: *Aggiornamento permanente in Ostetricia e Ginecologia*, Pacini Editore, Pisa. pp 7-13, 2002.
2. SANDERS S.A., GRAHAM C.A., BASS J.L., BANCROFT J.: *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*. *Contraception* 64: 51-8, 2001.
3. SLOB A.K., BAX C.M., HOP W.C.J., ROWLAND D.L., VAN DER WERFF TEN BOSCH J.J.: *Sexual arousability and the menstrual cycle*. *Psyconeuroendocrinology* 21: 545-58, 1996.
4. GRILLO C., LA MANTIA I., TRIOLO C., SCOLLO A., LA BORIA A., INTELISANO G., CARUSO S.: *Rhinomanometric and olfactometric variations throughout the menstrual cycle*. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 110: 785-89, 2001.

5. SERRA A., MAIOLINO L., AGNELLO C., MESSINA A., CARUSO S.: *Auditory brain stem response throughout the menstrual cycle*. Ann Otol Rhinol Laryngol 112: 549-53, 2003.
 6. CARUSO S., GRILLO C., AGNELLO C., MAIOLINO L., INTELISANO G., SERRA A.: *A prospective study evidencing rhinomanometric and olfactometric outcomes in women taking oral contraceptives*. Hum Reprod 16: 2288-94, 2001.
 7. CARUSO S., MAIOLINO L., RUGOLO S., INTELISANO G., FARINA M., COCUZZA S., SERRA A.: *Auditory brain-stem response in premenopausal women taking oral contraceptives*. Hum Reprod 18: 85-9, 2003.
 8. DENNERSTEIN L.: *Sexuality and contraceptive acceptability*. Australian Family Physician 19- 22, 1977.
 9. SCHANZER K.: *Psychosomatic aspects of oral contraception*. Geburtshilfe Frauenheilkd 51: 955- 8, 1991.
 10. DEI M., VERNI A., BIGOZZI L., BRUNI V.: *Sex steroids and libido*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2: 253-8, 1977.
 11. WARNER P., BANCROFT J.: *Mood, sexuality oral contraceptives and the menstrual cycle*. J Psychosom Res 32: 417-27, 1988.
 12. GRAHAM C.A., SHERWIN B.B.: *The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenopausal symptoms*. Psychoneuroendocrinology 18: 273-81, 1993.
 13. BANCROFT J., SHERWIN B.B., ALEXANDER G.M., DAVIDSON D.W., WALKER A.: *Oral contraceptive, androgens, and sexuality of young women: II. The role of androgens*. Arch Sex Behav 20: 121-35, 1991.
 14. WESTOFF C.F.: *Coital frequency and contraception*. Family Planning Perspective 6: 136, 1975.
 15. WYNN V., ADAMS P.W., FOLKARD J., SEED M.: *Tryptophan, depression and steroidal contraception*. J Steroid Bioch 6: 965, 1975.
 16. EGARTER C., TOPCUOGLU M.A., IMHOF M., HUBER J.: *Low dose oral contraceptives and quality of life*. Contraception 59: 287-91, 1999.
 17. SERFATY D., WILDEMEERSCH D., VEROUGSTRAETE A., CREATSAS G.: *European Society of Contraception oral contraceptives survey update: Birth control methods in "Europe of the 12"*. Int J Fertil 40: 73-9, 1995.
 18. CEDARS M.I.: *Triphasic oral contraceptives: review and comparison of various regimens*. Fertil Steril 77: 1-14, 2002.
 19. COENEN C.M.H., THOMAS C.M.G., BORM G.F., HOLLANDERS J.M.G., ROLLANDS R.: *Changes in androgens during treatment with four low-dose contraceptives*. Contraception 53: 171-76, 1996.
 20. CARUSO S., AGNELLO C., INTELISANO G., FARINA M., DI MARI L., CIANCI A.: *Sexual behaviour of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 µg ethinylestradiol/60 µg gestodene*. Contraception 69: 237-40, 2004.
 21. CARUSO S., AGNELLO C., INTELISANO G., FARINA M., DI MARI L., CIANCI A.: *Prospective study on sexual behaviour of women using 30 µg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive*. Contraception 72: 19-23, 2005.
-

L. Benassi - A. Graziottin (eds.)

VULVODINIA E VESTIBOLITE VULVARE



Volume brossurato di 84 pagine

F.to cm. 17x24

€ 15,00

Richieste a:

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI S.r.l.
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Inviare assegno bancario intestato a CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI S.r.l.
o effettuare l'acquisto on line, con transazione sicura, collegandosi al sito www.gruppocic.it/com