

PELLE, ORGANI DI SENSO E IMMAGINE CORPOREA IN MENOPAUSA

Graziottin A.

*Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
Ospedale "San Raffaele", Resnati, Milano
Corso di Perfezionamento Post-universitario in Sessuologia Medica
Università di Firenze*

L'obiettivo della medicina psicosomatica contemporanea è il superamento della frattura che ha percorso tutto il secolo scorso tra una "medicina senz'anima" e una "psicologia senza corpo". Frattura che ha visto contrapporsi una scienza sempre più tecnologica, iperspecialistica, "obiettiva" e basata sull'evidenza dei numeri e delle statistiche, chiusa nella attenzione maniacale alla meccanica e alla biochimica dei corpi e una psicologia svincolata da ogni attenzione ai correlati neurobiologici. L'integrazione è necessaria: 1) per ridare al/la "paziente" la dignità di soggetto di cura, con tutta la individualità dei suoi sentimenti, delle sue emozioni, dei suoi vissuti, protagonista della malattia ma anche del recupero attivo della salute; 2) per una maggiore comprensione della continua *dialettica tra fattori biologici e fattori psichici* come cause favorenti, precipitanti o di mantenimento della malattia; 3) per ridare al *rapporto medico-paziente* la centralità terapeutica che merita; centralità non possibile se non si riconosce al paziente lo status di soggetto e non di oggetto di cura; 4) per aumentare *l'assunzione di responsabilità del paziente* stesso nei confronti della propria salute, attraverso l'adozione di stili di vita più sani, la compliance alla terapia, e

una crescente consapevolezza di quanto i propri sentimenti e le proprie emozioni condizionino la qualità della salute fisica e psichica, proprio in quanto protagonista della propria salute. Un passaggio, che, per inciso, presuppone anche l'abbandono della medicina paternalistica per una maggiore circolarità di relazione finalizzata ad un'alleanza terapeutica di grande rispetto reciproco. Lo sforzo contemporaneo per un'integrazione che valorizzi le conquiste scientifiche della medicina e le finezze interpretative dei vissuti, propria della psicologia e della psicoanalisi, è ben espressa, per esempio, dal crescente dialogo tra neuroscienziati e neuropsicologi, finalizzato a comprendere le continue interazioni tra neuroplasticità e psicoplasticità, tra basi neurologiche e correlati psichici (Panksepp, 1998; Kandell et al., 2000; Solms e Turnbull, 2002). In ambito sessuologico, è del pari bene espresso dalla collaborazione attuale tra specialisti di estrazione medica e psicodinamica per una comprensione integrata di quanto fattori biologici, psichici e correlati al contesto affettivo e socioculturale interagiscano nella salute e nella patologia sessuale, nell'uomo e nella donna (Basson et al., 2003; Leiblum e Rosen, 2004; Plaut et al., 2004; Graziottin, 2004a,b).

L'analisi del rapporto tra pelle e immagine corporea verrà qui utilizzata come esempio sia della continua reciprocità tra fattori biologici e psichici, sia dell'importanza che concetti psicologici come l'immagine corporea hanno per il medico che abbia davvero a cuore la salute fisica e psichica della donna.

FUNZIONI PSICOSOMATICHE DELLA PELLE

La pelle è l'organo con la più vasta rappresentazione cerebrale. Già questo indica l'importanza che essa ha nell'economia psichica di ognuno di noi (Graziottin, 2001). Ha un'importanza strategica nella salute del corpo, come protezione, come barriera immunitaria, come grande regolatore della temperatura e dell'omeostasi biochimica interna dell'organismo. Ha un ruolo chiave nella distinzione tra interno ed esterno – confine ma anche punto di contatto con il mondo e con gli altri –, nella comunicazione interpersonale, nell'affetto, nell'amore e nella sessualità (Graziottin, 2001, 2002, 2003). Le carezze, l'abbraccio, le coccole tenere fin dalla nascita sono un potentissimo fattore di definizione dell'immagine corporea, di costruzione della percezione interna di sé ma anche dello sviluppo dell'autostima e della fiducia nel meritare di essere amati. La reciprocità intrinseca nel gesto d'amore condiviso con la madre, innanzitutto, col padre e altre persone significative costituisce l'albabetto d'amore che viene appreso attraverso il linguaggio non verbale e quindi attraverso tutti gli organi di senso, tra cui la pelle ha una posizione certamente privilegiata. Cute e mucose costituiscono un organo sessuale fondamentale nella nostra specie. La pelle, grazie alla sua derivazione neuroectodermica, condivide con il sistema nervoso e gli altri organi di senso la sensibilità agli ormoni sessuali. Recettori ormonali per gli estrogeni (di tipo alfa e beta), per gli androgeni e per i progestinici sono stati dimostrati a livello di tutte le componenti cutanee (Brincat, 2001; Gruber et

al., 2002). Essi ben trasmettono alle pelle tutti i cambiamenti della situazione endocrina, nella salute come nella malattia. Dal punto di vista biologico, la pelle è a tutti gli effetti un organo multisistemico, per la presenza di vasi sanguigni, fibre nervose, cellule del sistema immunitario, strutture del sistema connettivo, tessuto muscolare liscio, recettori ormonali (Graziottin, 1999). Grazie a questa struttura multisistemica e dinamica è uno specchio fedele della salute generale del corpo. Diversamente dagli altri organi di senso, tuttavia, la pelle si presta ad essere luogo di espressione privilegiata della psiche: essa può infatti dar voce e far trasparire molti moti dell'animo, in modo acuto – si pensi al rossore, al pallore, al cambiamento chimico della sudorazione (l'"odore di paura", per esempio, o di eccitazione sessuale) – o in modo cronico, nelle molteplici somatizzazioni cutanee che la dermatologia ha imparato a descrivere (Pancolesi, 1984). L'analisi del ruolo e del significato della pelle nella salute psicosomatica della donna e delle modificazioni che essa attraversa durante la vita e in particolare dopo la menopausa è stata oggetto di recenti pubblicazioni cui si rimanda (Graziottin, 2001, 2002, 2003). Verranno qui analizzati maggiormente gli aspetti relativi all'immagine corporea.

IMMAGINE CORPOREA E SALUTE PSICOSOMATICA

L'*immagine corporea* ("body image") è un costrutto mentale, multifattoriale, dinamicamente modificato durante tutta la vita, che si struttura con il contributo di elementi psichici e somatici. Tradizionalmente il concetto di immagine corporea è appartenuto al dominio psicologico/psichiatrico (Galimberti, 1992). Solo più recentemente è cresciuta l'attenzione sul ruolo dei fattori somatici, anche ginecologici, come modulatori critici dell'immagine di sé (Bellerose et al., 1993). L'immagine corporea in parte si sovrappone e sostanzialmente interagisce con i fattori biopsichici che concorrono a formare:

- l'*identità sessuale* (la percezione sessuata che si ha di sé stessi, cui contribuisce la soddisfazione di appartenere al sesso anatomico di attribuzione);
- la *funzione sessuale* (l'esperienza di attivazione e risposta sessuale, nei suoi parametri di desiderio, eccitazione, orgasmo, soddisfazione), sia nelle sue componenti funzionali che disfunzionali, la cui prevalenza interessa il 20-43% della popolazione femminile tra i 18 e i 59 anni (Laumann et al., 1999; Avis et al., 2000), con picchi dell'81% tra i 61 e i 70 anni (Graziottin e Koochaki, 2003 a,b);
- la *relazione sessuale* (la percezione e ridefinizione dell'immagine di sé attraverso l'interazione affettiva ed erotica) (7, 12, 13, 18, 19, 21).

L'immagine corporea è particolarmente sensibile alle variazioni degli ormoni e del ciclo femminile, nonché ai cambiamenti diretti e indiretti che queste stesse fluttuazioni inducono nel corpo femminile. Una sintetica definizione dei fattori che concorrono all'immagine corporea è indispensabile per analizzare lo specifico contributo delle alterazioni climateriche.

FATTORI MODULANTI L'IMMAGINE CORPOREA

L'immagine corporea è per definizione dinamica, soggetta a continue modificazioni lungo l'arco della vita, per fattori: fisiologici, legati alle diverse fasi del ciclo vitale; patologici, legati all'effetto di malattie e/o interventi medici o chirurgici; psichici e correlati al contesto socioculturale e ambientale. A scopo didattico i fattori che modulano l'immagine corporea nell'arco della vita, con particolare attenzione alla pelle e alle mucose, sono così riassumibili:

Fattori psichici:

- *cognitivi*: indicano la percezione conscia dell'immagine di sé, che si riassume nell'immagine riconosciuta nello specchio. In realtà questa percezione, apparentemente "obiettiva"

risente fortemente dell'effetto modulante – e , a volte, francamente distorto – del contributo di altri fattori psichici, più intrecciati con la vita emotiva e con l'inconscio, fino a generare delle vere e proprie dismorfofobie (Gabbard, 1995). Si può arrivare cioè ad una franca patologia psichiatrica in cui una parte del corpo viene percepita come fortemente inadeguata e responsabile del disagio e dei fallimenti esistenziali del soggetto, che non riesce ad affrontare le proprie angosce di inadeguatezza sul terreno psichico, finendo per somatizzarle. Sono queste valutazioni ipercritiche a determinare, tra l'altro, il crescente e massiccio ricorso alla chirurgia plastica e a interventi cosmetici per il miglioramento della pelle, delle rughe e di inestetismi cutanei veri o presunti;

- *emotivi*: emozioni positive e negative modulano la percezione interna dell'immagine corporea, la fiducia in sé e l'autostima. Basti pensare a quanto la paura di essere rifiutati agisce negativamente sull'immagine di sé (Carli, 1995);
- *affettivi*: l'affetto e l'amore sono i più potenti modulatori della felicità della rappresentazione interiore dell'immagine di sé (Fisher, 1993). L'essere amati, guardati con gioia, accarezzati, circondati da parole affettuose (il "bagno di dolci parole", con cui la madre avvolge un figlio amato, secondo lo psicoanalista Didier Anzieu), contribuiscono a ottimizzare una percezione positiva e soddisfatta di sé, e a ridurre l'impatto negativo di limiti estetici e/o funzionali, obiettivi. Di converso, l'assenza di un affettuoso "specchio d'amore" favorisce una percezione severa e ipercritica della propria immagine corporea e dello schema corporeo, come succede, per esempio, nelle anoressiche. La solitudine, la mancanza di una relazione di coppia soddisfacente aumentano la vulnerabilità dell'immagine corporea ai cambiamenti climaterici anche estetici, cutanei e mucosi;
- *sessuali*: l'esperienza erotica specificamente concorre a modulare quella speciale mappa

corporea – the love-map, la mappa erotica – che valorizza, o, di converso, penalizza, fino alla scotomizzazione, le parti del corpo più specificamente coinvolte nella risposta sessuale (Leiblum e Rosen, 2004). Disfunzioni sessuali, insoddisfazione, ridotta risposta concorrono all'incrinarsi dell'immagine corporea. Le modificazioni cutanee, specie in perimenopausa, sono tra i grandi detonatori della crisi di identità e di modificazione dell'immagine corporea (Graziottin, 2000, 2001, 2002);

- *sociali*: lo “specchio sociale” è un altro potente modulatore dell'immagine interna, oggi con una complicazione in più. L'exasperata presenza sui media di immagini femminili il cui valore risiede nella giovinezza, nel sex appeal e nella straordinaria bellezza contribuiscono ad aumentare la distanza e la frattura tra la propria immagine e l'ideale dell'Io che si struttura anche su queste immagini di riferimento. Questo può facilitare una vera e propria crisi “media-genica” dell'immagine corporea, quando la differenza tra sé e l'ideale viene percepita come incolmabile e persecutoria, scatenando sentimenti di inadeguatezza e disistima che possono somatizzarsi, tra gli altri, in depressione e/o disturbi del comportamento alimentare (Graziottin, 2000, 2001, 2002). Di particolare importanza per l'immagine corporea e per la sessualità della donna è l'effetto negativo di due grandi modificazioni dell'aspetto della cute: quelle secondarie agli iperandrogenismi adolescenziali – con acne, ipertricosi o irsutismo – e quelle secondarie alla perdita degli ormoni sessuali, che accelerano l'invecchiamento della pelle e delle mucose genitali, per la perdita di collagene, di elastina, di mucopolisaccaridi (Affinito et al., 1999; Brincat, 2001). I commenti negativi che la donna coglie sul proprio aspetto fisico possono drasticamente peggiorare non solo l'immagine di sé ma anche la disponibilità alle relazioni sociali (Graziottin, 2004a, b).

Fattori biologici:

- *ormonali*: certamente i più potenti nel modulare i cambiamenti della forma del corpo, dal-

la pubertà alla menopausa. Basti pensare a quanto l'acne, l'ipertricosi e l'irsutismo possano disturbare l'immagine di sé di una donna, a qualsiasi età. A quanto oggi sia vissuta negativamente la cellulite, che riconosce un netto dimorfismo di genere, estrogeno-mediato. A quanto la carenza di ormoni sessuali, postmenopausali, alteri in modo complesso la percezione di sé: per le modificazioni della forma del corpo, con aumento del grasso addominale e del punto vita (Santoro, 2000; Crawford et al., 2000); per l'aumento del grasso a scapito della massa muscolare – specie se la donna non fa un regolare movimento fisico, con perdita del tono generale; per la secchezza della cute e delle mucose (Graziottin, 1998-2000, 2002, 2004), per la ridotta risposta sessuale, specie in termine di lubrificazione vaginale (estrogeno dipendente) (Levin, 1992; Baldaro Verde e Graziottin, 2002) e di risposta clitoridea (androgeno-mediata) (Tarczan et al., 1999);

- *neurovegetativi*: vampate e sudorazioni profuse (Freedman, 2000), specie in pubblico, feriscono profondamente l'immagine di sé. Più sottilmente e segretamente, ma in modo altrettanto minaccioso, alterano l'immagine corporea anche le tachicardia improvvise. Per non parlare dell'insonnia che influisce sulla pelle e sull'immagine corporea sia perché la mancanza di riposo esaspera i segni di stanchezza e di invecchiamento, sia perché il mancato recupero delle fatiche diurne facilita i disturbi dell'umore e la depressione che peggiora il giudizio su di sé;

- *multisensoriali*: poca attenzione è stata finora dedicata alle conseguenze delle alterazioni percettive degli organi di senso nella costruzione e modulazione dell'immagine di sé, specie in post menopausa (Graziottin, 1999). Alterazione invece fondamentale, perché il rapporto con il mondo esterno è strettissimamente mediato dagli organi di senso: basti pensare al deterioramento della vista e alla secchezza della mucosa congiuntivale, secondaria alla riduzione estrogeno mediata della

secrezione lacrimale (Graziottin, 1999), molto dipendente dagli ormoni sessuali; alla secchezza della bocca (lamentata dal 45% delle donne in postmenopausa, fino al 60% di quelle che assumono farmaci diversi dalla terapia ormonale sostitutiva) (Streckfus et al., 1998). Secchezza che comporta cambiamenti nello stile alimentari, difficoltà ad articolare le parole, più difficile igiene dentaria, nonché limitazioni nell'intimità orale. Insieme all'involuzione del gusto, l'invecchiamento della bocca, sia nelle strutture mucose che dentali, con il contributo delle carenze ormonali, può indebolire ulteriormente l'immagine corporea che ha nella salute della bocca, e nel sorriso, un pilastro essenziale, personale e relazionale. Uguale importanza hanno l'invecchiamento della cute, la ridotta secrezione sudoripara e sebacea, la perdita del "profumo di donna", per la ridotta secrezione di feromoni secondaria alla perdita di ormoni sessuali (Arimondi et al., 1993; Graziottin, 1999, 2002);

– *motori/propriocettivi*: il movimento fisico regolare, oltre a mantenere un ottimale peso corporeo e una forma del corpo più tonica e giovane, ha un impatto essenziale nella immagine di sé grazie all'effetto della percezione propriocettiva sullo schema corporeo mentale, ma anche grazie alla musica del corpo, al senso di armonia olistico e profondo quando il nostro corpo abita lo spazio con energia, eleganza e grazia. Il movimento ha un ruolo fondamentale nell'equilibrio psicofisico, in quanto ognuna delle quattro emozioni di comando fondamentali (appetitiva – di ricerca di cibo, sesso e gratificazioni fisiche e psichiche – collera-rabbia; paura-ansia; panico con angoscia di separazione (Panksepp, 1998; Solms e Turnbull, 2000) hanno un correlato motorio. Tutte le volte in cui il movimento evocato da un'emozione intensa non viene espresso, paghiamo un prezzo in salute, specie per l'impatto che l'attivazione neurovegetativa simpatica ha su tutti i sistemi cardinali del corpo (vascolare, metabolico, nervoso, immunitario, muscolare). Nella donna in peri e postmeno-

pausa, il movimento fisico contrasta la tendenza all'involuzione muscolare; favorisce il mantenimento di una normale massa adiposa; concorre al mantenimento di una forma del corpo tipica dell'età fertile, anche attraverso un miglior utilizzo periferico dell'insulina; favorisce un miglior tono dell'umore, un più fisiologico ritmo sonno veglia e, in generale, un miglior adattamento al passaggio degli anni (Kligman, 1979);

- *estetici*: anche l'immagine fisica, e le modificazioni estetiche cutanee, mucose e degli annessi piliferi cui va incontro per il concorso di menopausa, invecchiamento, abitudini voluttuarie (fumo, alcool e fotoesposizione), nonché chirurgia plastica e interventi cosmetici, concorrono sostanzialmente alle variazioni dell'immagine corporea;
- *malattie o disfunzioni*: ultimo, ma sostanziale, l'impatto variabile che malattie e disfunzioni possono ulteriormente provocare all'immagine di sé. Basti pensare agli esiti di isterectomia e annessiectomia bilaterale; di chirurgia per tumori mammari (Graziottin e Castoldi, 2000), di colpoplastiche; ma anche di malattie dismetaboliche, come il diabete, o neurodegenerative.

È evidente come in uno scenario così complesso ogni donna abbia una propria modalità di vivere l'immagine corporea, e in particolare le modificazioni cutanee e mucose cui essa viene sottoposta durante e dopo la menopausa, in relazione alla intensità dei cambiamenti, alla sua vulnerabilità psicofisica, alle strategie di adattamento cognitivo-emotive ma anche esistenziali e di stili di vita.

FATTORI CHE INFLUENZANO L'IMMAGINE DI SÉ IN CLIMATERIO

Alcuni fattori più generali interessano tutte le donne. Tra questi sono di particolare importanza:

– *l'incremento di peso*. Studi prospettici, quali il Massachusetts Women's Health Study (Crawford et al., 2000), hanno dimostrato che l'aumento ponderale è una variabile correlata di più all'età che non specificamente alla menopausa, e che l'aumento di peso comincia a manifestarsi in modo significativo nelle donne tra i 38 e i 47 anni. Sono semmai le alterazioni endocrine del climaterio che possono associarsi e concorrere all'aumento di peso, e non la menopausa per se. Interessante, inoltre, che i due fattori predittivi più correlati all'aumento di peso si siano rivelati la scarsa attività fisica e il consumo di alcool (Crawford et al., 2000). Inappropriato stile di vita e abitudini voluttuarie sono facilitatori dell'incremento ponderale molto più degli ormoni (Santoro, 2000; Crawford et al., 2000). Un counseling adeguato su questi aspetti è dunque essenziale se la donna vuole mantenere un'adeguata immagine corporea, anche se proprio l'intervento su questi aspetti appare caratterizzato dalla maggiore inerzia. La motivazione personale della donna, in questo senso, e la sua responsabilizzazione è essenziale, anche se per molte il cambiamento verso una maggiore attività fisica resta arduo;

– *le alterazioni di cute e mucose*. La pelle, come anticipato, è un organo multisistemico, ricco di recettori estrogenici alfa e, soprattutto, beta, nonché di recettori per il progesterone e gli androgeni. È quindi un organo bersaglio principe degli ormoni sessuali, manifestando complesse modifiche in caso di loro carenza (Affinito et al., 1999; Brincat, 2000; Graziottin, 1999, 2002, 2003). Nella fase tardiva del climaterio, quando il ciclo e la produzione estrogenica diventano marcatamente irregolari, e, soprattutto dopo, la pelle perde circa il due per cento per anno del collagene totale, fino a dieci anni dopo il climaterio, con una caduta maggiore nelle donne magre che non hanno l'aiuto della produzione estrogenica da parte delle aromatasi del tessuto adiposo. Perdita che per la verità interessa tutti i tessuti connettivi del corpo. Questo significa non solo aumento delle rughe (an-

cor più se la donna ha un marcato fotoinvecchiamento ed è fumatrice) ma anche perdita dei tessuti connettivi di sostegno del pavimento pelvico, con peggioramento della tendenza al prolasso genitale e ai deficit di continenza sfinterica, nonché diminuzione dell'impalcatura di sostegno su cui si depositano i cristalli di carbonato di calcio sull'osso. La riduzione della produzione di matrice e glicosaminoglicani da parte dei fibroblasti – la cui attività è marcatamente modulata dagli estrogeni e dagli androgeni – concorre all'assottigliamento cutaneo e mucoso. La riduzione del 38% della secrezione sudoripara e sebacea contribuisce alla maggior secchezza cutanea (Arimondi et al., 1993; Graziottin, 1999, 2002). Oltre alla riduzione quantitativa, c'è anche una modificazione qualitativa nel tipo di queste secrezioni, con riduzione della concentrazione e tipo dei feromoni: questo contribuisce all'appannarsi del "profumo di donna" tipico dell'età fertile, che può ripercuotersi sia sulla percezione sessuata di sé, come oggetto di desiderio, sia sulla percezione erotica subliminale che il partner ha della donna (Graziottin, 2003, 2004a). Riduzioni del trofismo di peli e capelli, e perdita in particolare dei peli pubici, possono ulteriormente modificare la percezione sessuata che la donna ha di sé e della propria immagine corporea. Parte di queste alterazioni sono fortunatamente prevenibili, e parzialmente reversibili, se un'appropriata e personalizzata terapia ormonale sostitutiva (HRT) è iniziata subito dopo la menopausa. Terapie estrogeniche almeno locali sono in grado di contrastare efficacemente i molteplici segni di invecchiamento mucoso sia vaginale, sia urinario (Simunic et al., 2003). Soprattutto oggi, in cui l'esigenza estetica è crescente nella nostra società, l'attenzione alla qualità dell'invecchiamento cutaneo, con adeguato counseling sia sugli stili di vita negativi (fumo e fotospoziamento, in primis) sia sul ruolo protettivo dell'HRT, almeno topico è senz'altro da considerare come un elemento di attenzione fortemente motivazionale per moltissime donne. Come dice Kligman (1979), grande derma-

tologo: “No one dies from an old skin, but maybe the soul does”. Nessuno muore per una pelle vecchia, ma forse l’anima sì.

– *modificazioni della risposta sessuale*: un numero variabile dal 40 al 60% delle donne in perimenopausa riporta cambiamenti in diverse dimensioni della funzione sessuale (Lauman et al., 1999; Graziottin e Kootchaki, 2003a,b). Riduzione del desiderio (Graziottin, 1996, 1998, 2004; Levine, 2003), difficoltà di eccitazione (Levin, 1992; Baldaro Verde e Graziottin, 2003), dolore durante e dopo i rapporti (Graziottin, 2002, 2004; Graziottin e Brotto, 2004), difficoltà nel raggiungere l’orgasmo (Lauman et al., 1999; Graziottin e Kootchaki, 2003), insoddisfazione, sono i sintomi più frequentemente riportati. Non esiste tuttavia consenso in letteratura sul ruolo specifico della menopausa nel promuovere queste alterazioni. In premenopausa, in particolare, sono fattori predittivi delle alterazioni che la donna lamenta: la qualità della funzione sessuale precedente (quanto migliore, tanto è minore la vulnerabilità alla transizione climaterica) e la qualità della relazione di coppia. Nelle coppie stabili, infatti, l’eccitazione femminile appare essere soprattutto di tipo “recettivo”, in risposta all’iniziativa del partner, quando questa disponibilità viene percepita come strumentale all’appagamento dei bisogni di intimità emotiva, di affetto, di dialogo e di partecipazione che la donna ha. Fanno parte critica della relazione di coppia non solo la qualità dell’intesa affettiva, ma anche lo stato di salute generale e specificamente sessuale, del partner (Leiblum e Rosen, 2004). Quest’ultimo aspetto condiziona la sessualità femminile in modo forse prima insospettato. Sono poi specificamente legati all’invecchiamento, più che non alla menopausa per sé, le alterazioni biologiche clitoridee (Tarcan et al., 1999) che portano ad un rallentamento della gestione e del tempo di eccitazione fino all’orgasmo. Dopo la menopausa, appaiono essere più condizionati dalla perdita degli ormoni sessuali il desiderio (specie in caso di ova-

riectomia bilaterale, che priva la donna del 50% della produzione androgenica) e l’eccitazione. Bellerose e Binik (1993) che hanno specificamente studiato l’impatto della menopausa chirurgica sull’immagine corporea hanno dimostrato che le donne ovariectomizzate, rispetto ai controlli, mostrano:

1. significativo peggioramento dell’immagine corporea ($p < 0.01$) soprattutto per riduzione del “body comfort”;
2. riduzione del desiderio ($p < 0.01$), della frequenza della masturbazione ($p < 0.05$), della frequenza ideale di intimità erotica ($p < 0.01$) e di rapporti sessuali ($p < 0.01$);
3. alterazioni dell’eccitazione, con significativa riduzione della lubrificazione ($p < 0.001$) e aumento significativo della dispareunia ($p < 0.001$);
4. tendenza verso un peggioramento nella qualità dell’orgasmo ($p < 0.06$);
5. significativa riduzione del comportamento erotico sia emotivo ($p < 0.01$) che fisico ($p < 0.01$).

La carenza di ormoni sessuali comporta infatti una significativa riduzione della lubrificazione vaginale che richiede la presenza degli estrogeni, fattori permissivi per il VIP, il Peptide Intestinale Vasoattivo, il quale consente di “tradurre” il desiderio in risposta vascolare con congestione e lubrificazione vaginale, mentre la riduzione degli androgeni – fattori permissivi per l’ossido nitrico, NO – comporta una più massiva riduzione della risposta congestizia clitoridea e bulbo-vestibolare. Le alterazioni della sessualità possono quindi interferire pesantemente sull’immagine corporea nonché sulla percezione di vitalità e sul benessere complessivo generale. La loro eziologia multifattoriale richiede tuttavia un equilibrio di sguardo diagnostico, attento sia alle componenti biologiche sia relazionali e contestuali del disturbo stesso portato in consultazione;

– *stato della cute e delle mucose vulvari*: conseguentemente all’ipoestrogenismo, la vagina presenta una significativa riduzione della va-

scolarizzazione e del contenuto di fibroblasti, di matrice e di collagene mentre la mucosa diventa sottile e fragile. Alla diminuita "abitabilità" si associa la riduzione del trasudato vaginale che, per inadeguata lubrificazione, comporta dispareunia, secchezza vaginale, vaginismo, cistiti postcoitali (Tarcan et al., 1999; Hagedorn et al., 2002; Graziottin, 1997, 1998, 2002; Simunic et al., 2003).

La vulva subisce una progressiva involuzione delle grandi labbra per riduzione del tessuto sottocutaneo e delle fibre elastiche. Le piccole labbra diventano sottili, pallide, la superficie epiteliale è assottigliata e più fragile. Le ghiandole accessorie diventano ipofunzionali e si può verificare una caduta dei peli pubici che le donne percepiscono come un insulto grave della loro femminilità e che più facilmente portano in consultazione alla ginecologa donna. La distrofia vulvare riflette un'alterazione cronica dell'accrescimento e del trofismo vulvare a tutto spessore, come dimostrano gli studi più recenti (Tarcan et al., 1999; Hagedorn et al., 2002). Il lichen sclero atrofico (distrofia ipoplasico-atrofica) è la forma più comune di lesione atrofica ed ipocromica della vulva (Harrington, 1997; Hagedorn et al., 2002);

– *del pavimento pelvico*: un altro aspetto biologico che può pesantemente condizionare l'immagine corporea e la sessualità, anche in premenopausa, riguarda lo stato del pavimento pelvico e, in particolare, il tono dell'elevatore dell'ano, i reciproci equilibri che concorrono alla statica pelvica e l'invecchiamento, funzionale ed estetico della vulva. Data la posizione strategica del pavimento pelvico, è molto frequente – e sottodiagnosticata – la comorbilità, non solo nell'ambito delle disfunzioni sessuali, ma anche delle patologie in ambito urologico, ginecologico e proctologico. L'analisi per classi latenti dei fattori di rischio associati alle disfunzioni sessuali ha dimostrato che i sintomi del tratto urinario inferiore (Lower Urinary Tract Symptoms, LUTS) hanno un RR = 4.02 (2.75-5.89) di es-

sere associati a disturbi dell'eccitazione e un RR = 7.61 (4.06-14.26) di essere associati a disturbi sessuali caratterizzati da dolore, in primis la dispareunia (Laumann et al., 1999). In effetti, in una serie di pazienti affette da LUTS, il 44% aveva anche dispareunia (Salonia, 2003, comunicazione personale); nella casistica personale il 38,7% delle donne affette da vestibolite vulvare presenta LUTS. Una adeguata diagnosi e un appropriato trattamento riabilitativo e ormonale, se indicato, possono comportare un miglioramento non solo del sintomo più frequentemente portato in consultazione (per esempio, l'incontinenza da sforzo negli ipotoni) ma anche degli altri co-presenti e meno valorizzati (per esempio i paralleli disturbi sessuali); per gli ipertoni, miglioramento non solo della dispareunia da causa muscolare, ma anche miglioramento parallelo dei sintomi urologici (cistiti postcoitali e instabilità del detrusore con urgenza, quando associata non solo ad ipertono dell'elevatore ma a distrofia urogenitale) (Simunic et al., 2003) e proctologici (stipsi ed emorroidi) (Wessermann et al., 1997). In positivo, il miglioramento articolato su diversi fronti può concorrere a migliorare sia l'immagine corporea, sia la sessualità in perimenopausa.

CONCLUSIONI

La pelle e l'immagine corporea della donna in perimenopausa sono vulnerabili a diversi fattori, sia biologici, sia psicoemotivi e relazionali. Le alterazioni endocrine climateriche e postmenopausali sono solo uno dei fattori in causa. Uno sguardo diagnostico articolato ed equilibrato nel riconoscere sia i fattori fisici che psicodinamici è essenziale per indirizzare adeguatamente in senso terapeutico i diversi disturbi portati in consultazione.

Un counseling preciso e *responsabilizzante* sull'importanza di *adeguati stili di vita* – qualità e quantità di nutrienti, movimento fisico,

abbandono di abitudini voluttuarie, tra cui alcool, fumo ed eccessiva fotoesposizione – è essenziale per modulare l'impatto della transizione climaterica sulla pelle, sull'immagine di sé e la sessualità.

Una terapia ormonale personalizzata, sistemica e/o locale, e adeguata al mutevole momento endocrino della fase climaterica può attenuare le componenti disfunzionali specificamente dipendenti dagli squilibri ormonali, concorrendo a migliorare sia la funzione sessuale, sia l'immagine corporea.

Una terapia riabilitativa del pavimento pelvico, volta a correggere sia gli ipertoni, sia gli ipotoni dell'elevatore eventualmente diagnosticati, può contribuire ad ottimizzare le molteplici funzioni

che si estrinsecano in ambito pelvico, contribuendo anche a migliorare sia le componenti biologiche della risposta sessuale genitale, sia l'immagine corporea.

L'attenzione alle componenti relazionali, e l'invio allo psicossessuologo o al terapeuta di coppia, fa parte degli indirizzi terapeutici, quando il disturbo appare basato soprattutto su una crisi in questa dimensione dell'esistenza. Un approccio multidisciplinare, con il ginecologo come referente e diagnosta di primo livello, appare quindi essenziale per affrontare in modo articolato la complessità dello scenario biologico e psichico su cui si colloca la grande transizione climaterica, se la qualità della vita della donna è davvero l'obiettivo ultimo del nostro intervento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AFFINITO P., PALOMBA S., SORRENTINO C. et al.: *Effects of post menopausal hypoestrogenism on skin collagen*. Maturitas, 1999; 33: 239-247.
- 2) ARIMONDI C., VANNELLI G.B., BALBONI G.C.: *Importance of olfaction in sexual-life: morpho-functional and psychological studies in man*. Biomed. Res. (India) 1993; 4: 43-52.
- 3) AVIS N.E., STELLATO R., CRAWFORD S. JOHANNES C. LONGCOPE C.: *Is there an association between menopause status and sexual functioning?* Menopause, 2000; 7 (5): 297-309.
- 4) BASSON R., LEIBLUM S.R., BROTT 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. 2003; 24 (4): 221-229.
- 5) BELLERSE SATYA B., BINIK Y.M.: *Body image and sexuality in oophorectomized women*. Archives of Sexual Behaviour, 1993; 22: 5, 435-60.
- 6) BRINCAT M.P. (ed.): *Hormone Replacement Therapy and the Skin*. The Parthenon Publishing Group, London, 2001.
- 7) CARLI L. (a cura di): *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano, Cortina Ed., 1995.
- 8) CRAWFORD S., CASEY V.A., AVIS N.E., MCKINLAY S.M.: *A longitudinal study of weight and the menopause transition: results from the Massachusetts Women's Health Study*. Menopause, 2000; 7: 2, 96-104.
- 9) FISHER H.E.: *Anatomia dell'amore*. Milano, Longanesi, 1993.
- 10) FREEDMAN R.R.: *Hot flushes revisited*. Menopause 2000; 7: 1, 3-4.
- 11) FRIEDRICH E.: *Topical testosterone for benign vulvar dystrophy*. Obstet. Gynecol. 1971; 37: 677-686.
- 12) GABBARD G.O.: *Psichiatria psicodinamica*. Milano, Cortina Ed., 1995.
- 13) GALIMBERTI U.: *Dizionario di psicologia*. Utet, Torino, 1992, pp. 468.
- 14) GRAZIOTTIN A.: *Libido*. In: Studd J. ed. The Yearbook of Royal College of Obstetrics and Gynecologists, London. RCOG Press, 1996; 235-243.
- 15) GRAZIOTTIN A.: *Organic and psychological factors in vulval pain: implications for management*. Sexual and Marital Therapy, 1998a; 13, 3, pp. 329-338.
- 16) GRAZIOTTIN A.: *The biological basis of female*

- sexuality. Int. J. Clinical Psychopharmacol. 1998b; 13 (S6): S15-S22.
- 17) GRAZIOTTIN A.: *Estrogeni, funzioni psichiche e organi di senso*. Società Interdisciplinare del Pavimento Pelvico Ed., Milano, 1999.
 - 18) GRAZIOTTIN A.: *Psychosexual role of the skin at the climateric*. In: Brincat M.P. (ed.), *Hormone Replacement Therapy and the Skin*, The Parthenon Publishing Group, London 2001, pp. 57-63.
 - 19) GRAZIOTTIN A.: *Il ginecologo e la dispareunia*. Atti del 78° Congresso SIGO, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2002, 330-337.
 - 20) GRAZIOTTIN A.: *Sexuality in postmenopause and senium*. In: Lauritzen C., Studd J. (eds) *Current management of the menopause*. London, Martin Duniz, 2003; pp. 185-203.
 - 21) GRAZIOTTIN 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*, New York, Marcel Dekker, 2004a (in press).
 - 22) GRAZIOTTIN A.: *Sessuologia medica maschile e femminile*. In: Di Rienzo G.C. (ed) *Manuale di Ginecologia per Specializzandi*, Roma, Verduci Ed. (2004, in press).
 - 23) GRAZIOTTIN A., BROTTO L.: *Vulvar vestibulitis syndrome: clinical approach*. J. Sex. Marital Ther. 2004, in press.
 - 24) GRAZIOTTIN A., CASTOLDI E.: *Sexuality after breast cancer*. In: Studd J. (ed) *The management of the menopause. The millennium review*. London, Parthenon Publishing, 2000; 211-20.
 - 25) GRAZIOTTIN A., KOOCHAKI P.: *Self-reported distress associated with hypoactive sexual desire in women from four european countries*. Poster presented at the North American Menopause Society (NAMS) meeting, Miami, Menopause Abstract book, poster n.126, 2003, pag 105..
 - 26) GRUBER C.J., TSCHUGGUEL W., SCHNEEBERGER C., HUBER J.C.: *Production and action of estrogens*. N.J.E.M 2002; 346: 5, 340-352.
 - 27) HAGEDORN M., BUXMEYER B., SCHMITT Y., BAUKNECHT T.: *Survey of lichen sclerosus in women and men*. Arch. Gynecol. Obstet. 2002; 266: 86-91.
 - 28) HARRINGTON C.I.: *Topical therapy in vulvar disease*. In: Micheletti L., Sideri M. *Proceedings of the ISSVD Post Graduate Course*, 1997, pp. 26-27.
 - 29) KANDEL E.R., SCHWARZ J.H., JESSEL T.M.: *Principles of Neural Science*, Norwalk CT: Appleton & Lange, 2000.
 - 30) KLIGMAN A.M.: *Perspectives and problems in cutaneous gerontology*. J. Invest. Dermatol. 1979; 73: 39-46.
 - 31) LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C.: *Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors*. JAMA, 1999; 281: 537-44.
 - 32) LEIBLUM S.R., ROSEN R (eds): *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York, Guilford Press, traduzione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004.
 - 33) LEVIN R.J.: *The mechanism of human female sexual arousal*. Ann. Rev. Sex Res. 1992; 3: 1-48.
 - 34) LEVIN R.J.: *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis*. Archives of Sexual Behaviour, 2002; 31 (5): 405-411.
 - 35) LEVINE S.B.: *The nature of sexual desire*. Archives of Sexual Behavior, 32 (3): 279-285, 2003.
 - 36) PANCONESI E (Ed): *Stress and Skin diseases: psychosomatic dermatology*. Clinics in Dermatology. Lippincott, Philadelphia, 1984; 2: 4.
 - 37) PANKSEPP J.: *Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions*. New York, Oxford University Press, 1998.
 - 38) PFAUS J.G., EVERITT B.J.: *The Psychopharmacology of Sexual Behaviour*. In: Bloom F.E., Kupfer D. (eds.) *Psycho-pharmacology*, New York: Raven Press, 1995; 65: 743-58.
 - 39) PLAUT M., GRAZIOTTIN A., HEATON J.: *Sexual Dysfunctions*. Abingdon, Oxford, Health Press, 2004.
 - 40) SANTORO N.: *Weight gain in midlife: don't blame your hormones!* Menopause, 2000; 7: 2, 69-70.
 - 41) SAUERBRONN A.V.D., FONSECA A.M., BAGNOLI V.R. et al.: *The effects of systemic hormonal replacement therapy on the skin of postmenopausal women*. Int. J. Gynecol. Obstet. 2000; 68: 35-41.
 - 42) SIMUNIC V., BANOVIC I., CIGLAR S., JEREN L., PAVICIC BALDANI D., SPREM M.: *Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms*. Int. J. Gynecol. Obstet. 2003; 82: 187-197.

- 43) SOLMS M., TURNBULL O.: *The brain and the inner world*. London, Karnac Books, 2002.
- 44) STRECKFUS C.F., BAUR U., BROWN L.J., BACAL C., METTER J., NICK T.: *Effects of estrogen status and aging on salivary flow rates in healthy caucasian women*. *Gerontology*, 1998; 44 (1): 32-9.
- 45) TARCAN T., PARK K., GOLDSTEIN I. et al.: *Histomorphometric analysis of age-related structural changes in human clitoral cavernosal tissue*. *J. Urol.* 1999; 161: 940-4.
- 46) WESSELMANN U., BURNETT A.L., HEINBERG L.J.: *The urogenital and rectal pain syndromes (Review)* (282 refs). *Pain* 1997; 73 (3): 269-94.