

RELAZIONE DI COPPIA E SESSUALITÀ IN MENOPAUSA

**Nappi R.E., Ferdeghini F., Abbiati I., Albani F., Verza A., Vercesi C., Vaccaro P.,
Ornati A., Salonia A.*, Polatti F.**

*Clinica Ostetrica e Ginecologica, IRCCS Policlinico San Matteo
Università degli Studi di Pavia*

** U.O. di Urologia, Istituto Scientifico Universitario
Ospedale San Raffaele, Milano*

INTRODUZIONE

La menopausa è un'epoca della vita in cui la donna si trova a dover affrontare numerosi cambiamenti sul piano biologico, psicologico e relazionale. Le modificazioni neuroendocrine tipiche dell'epoca climaterica influenzano, infatti, il vissuto emotivo e il senso di benessere che condizionano nel loro insieme il rapporto con il partner e le relazioni significative in generale (1). L'ideale di femminilità sembra giocare un ruolo importante nell'espressione della sintomatologia menopausale in quanto condiziona in modo significativo le strategie di ristrutturazione in ambito personale e di coppia (2). L'essere una "donna nuova" in menopausa non è però sempre così facile ed è strettamente correlato alle risorse adattative che derivano dalle caratteristiche psicobiologiche della donna stessa e dalla natura dei suoi rapporti interpersonali, oltre che dal contesto socio-culturale. Un indicatore importante della qualità della vita femminile è senza dubbio la capacità di mantenere una relazione sessuale ed affettivo-sentimentale soddisfacente con quel partner di "tutta una vita" che magari è anch'egli in un momento

critico, età-correlato, del suo percorso esistenziale (3). Al di là delle eventuali conseguenze della carenza degli ormoni sessuali sui circuiti che mediano la risposta sessuale, è esperienza comune che le donne che elaborano positivamente il momento della menopausa, sono in buona salute, non hanno eccessive preoccupazioni e vivono una relazione di coppia serena con un partner sano, conservano a lungo una vita sessuale gratificante (4). La vulnerabilità psico-relazionale condiziona, pertanto, la vulnerabilità biologica della donna in menopausa (5).

SINTOMI SESSUALI E MENOPAUSA

La sessualità femminile è multidimensionale: componenti biologiche, psicologiche e socio-culturali concorrono nell'insieme a garantire l'espressione del comportamento sessuale, soprattutto in relazione agli eventi critici riproduttivi, quale per esempio la menopausa (1). La risposta sessuale è la risultante dell'attivazione di un circuito che può iniziare indifferentemente dal corpo, dall'emozione e dal senti-

mento e si articola in tre fasi successive: desiderio, eccitamento e orgasmo (6). Le disfunzioni sessuali femminili (DSF) sono state recentemente classificate in persistente o ricorrente riduzione del desiderio sessuale fino all'avversione per l'attività sessuale, in difficoltà dell'eccitazione, in inabilità a raggiungere l'orgasmo e in dolore durante l'attività sessuale (7). Stante la complessa natura delle DSF è spesso assai difficile, soprattutto in menopausa, porre una diagnosi precisa identificando il sintomo dominante e le strategie terapeutiche più utili a risolvere il problema, in considerazione del fatto che la carenza ormonale interferisce con tutte le componenti somatiche, emotive e cognitive che motivano il comportamento sessuale e che ne condizionano l'efficienza sia a livello centrale che periferico (1). Gli steroidi sessuali controllano, infatti, in modo determinante l'integrità anatomo-funzionale delle strutture coinvolte: il sistema nervoso centrale (SNC) e periferico, la circolazione genitale, le componenti muscolari e il trofismo cutaneo e mucoso degli organi sessuali.

Il sintomo più strettamente da ricondursi alla carenza estrogenica è rappresentato dalla dispareunia, mentre il calo della libido sembra maggiormente correlato alla meno evidente diminuzione degli ormoni androgeni (8). È indubbio, però, che la circolarità della risposta sessuale femminile condiziona il fatto che la presenza di un sintomo, per esempio il dolore ai rapporti, influenza l'insorgenza prima o poi di sintomi comorbidi, quali il calo della libido o l'anorgasmia che alla lunga interferiscono con la qualità della soddisfazione sessuale (1). Inoltre, l'effetto domino dei sintomi menopausali, soprattutto sul versante del benessere mentale e uro-genitale, amplifica l'intensità dei sintomi sessuali (9). Le DSF sono presenti in modo significativo in tutte le fasce di età (circa il 20-50% delle donne americane tra i 18 e i 59 anni) (10), ma l'incidenza dei sintomi sessuali è certamente più elevata se si considera la fascia di età peri- e postmenopausale. Un'indagine telefonica condotta su un campione di 1805 donne europee tra i 50

e i 60 anni ha documentato la presenza di calo della libido nel 36% dei casi e di secchezza vaginale nel 21% dei casi (dati non pubblicati). In un campione di 355 donne italiane tra i 46 e i 60 anni afferenti a dieci centri della menopausa distribuiti sul territorio nazionale la secchezza vaginale era presente nel 45.1% dei casi, mentre la dispareunia era presente nel 29.8% del campione di studio. Inoltre, i sintomi ridotta libido/disagio durante l'intimità si riscontravano nel 22% dei casi, mentre la riduzione del piacere sessuale era presente nel 45.9% delle donne in postmenopausa (9).

Uno studio recente (11) condotto in un campione di donne sudamericane tra i 40 e i 64 anni ha documentato che in più della metà (51.3%) delle donne sessualmente attive era presente una DSF; in particolare, un disturbo del desiderio era presente nel 37.8% dei casi, un disturbo dell'eccitazione nel 33.6% dei casi, la dispareunia nel 34.8% e la disfunzione orgasmica nel 26% dei casi. La prevalenza delle DSF aumentava con l'età (dal 22.2% nella fascia tra i 40 e i 44 anni fino al 66% nelle donne tra i 60 e i 64 anni). Le utilizzatrici di terapie ormonali sostitutive e le donne sane presentavano un più basso rischio di DSF. Inoltre, il rischio di avere una DSF aumentava dopo la menopausa, con un'età superiore ai 49 anni, con l'isterectomia e in presenza di una disfunzione erettile del partner. Un'ulteriore analisi sul medesimo campione di studio (12) ha messo in evidenza che le motivazioni per l'inattività sessuale erano da ricondursi alle DSF nel 49.2% dei casi, ad una relazione con il partner non più soddisfacente nel 17.9% e alla mancanza di un partner nel 17.7% dei casi. La disfunzione erettile del partner (40.7%) era la causa più frequente di inattività sessuale nella donna sotto i 45 anni, mentre nella donna tra i 45 e i 59 anni la causa prevalente era il calo della libido (40.5%).

Un intervento terapeutico mirato alla sintomatologia menopausale può senza dubbio quello di migliorare il substrato biologico della risposta sessuale, ma non esistono dati univoci sull'effettiva efficacia in donne che presentano DSF,

stante l'origine multifattoriale di tali disturbi. A tale riguardo, una recente accurata revisione della letteratura ha posto l'attenzione sul fatto che gli studi randomizzati e controllati verso placebo per determinare gli effetti di differenti terapie sulla funzione sessuale in menopausa non ci forniscono delle linee guida terapeutiche adeguate su come trattare i sintomi sessuali, ad eccezione delle evidenze ottenute mediante l'uso delle associazioni estro-androgeniche e del tibolone (13). Esiste, pertanto, una necessità di personalizzazione terapeutica in ambito sessuologico che richiede non soltanto una maggior conoscenza dei meccanismi biologici che sottendono la risposta sessuale femminile, ma anche e, soprattutto, un inquadramento preciso del contesto psicologico e relazionale.

IL PARTNER DELLA DONNA IN MENOPAUSA

La menopausa è un evento della donna da condividere con il partner soprattutto per quanto riguarda gli aspetti della sessualità. In questo periodo può essere estremamente frequente una collusione di coppia sul piano della risposta sessuale. A fronte, infatti, di una donna che si lubrifica più lentamente e che necessita di stimoli ancor più adeguati per dimostrare la propria motivazione e per raggiungere l'orgasmo e la soddisfazione, si osservano uomini con problemi di disfunzione erettile e/o di calo della libido. Spesso entrambi tendono a nascondere la propria defaillance dietro il problema dell'altro e la scarsa comunicazione allontana i partners da una vita sessuale soddisfacente, anche di tipo non coitale (14).

La salute generale e sessuale dell'uomo è senza dubbio una variabile importante ogni qual volta si affrontano i sintomi sessuali nella donna ed ignorare con chi si fa l'amore può essere responsabile dei fallimenti terapeutici che si osservano nella terapia ormonale dei sintomi sessuali correlati alla menopausa.

L'età dell'uomo è un fattore di rischio indipen-

dente ed ineliminabile per lo sviluppo della disfunzione erettile. Il *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), uno studio multidisciplinare, di comunità, relativo alla salute dell'individuo di sesso maschile nel corso del suo fisiologico invecchiamento, è diventato, in questo campo, una pietra miliare, dimostrando come la prevalenza di disfunzione erettile, di varia severità e differente eziopatogenesi, sia del 52% negli uomini americani tra i 40 ed i 70 anni (15).

Molto più recentemente, risultati preliminari, relativi a ben 27.500 tra uomini e donne sia americani che europei, hanno dimostrato come, in funzione dell'età dei soggetti, si verificasse un progressivo calo del desiderio sessuale accompagnato da un parallelo incremento del tasso di disfunzione erettile (dal 13%, tra i 40 ed i 49 anni, al 36% tra i 70 e gli 80 anni) (16).

Accanto alla disfunzione erettile, più eclatante e maggiormente legata al clichè della "vis" maschile, l'uomo va incontro ad un progressivo e poliedrico "impoverimento" della sua sessualità che coinvolge non solo il calo della libido, ma anche una sempre maggiore difficoltà di raggiungimento dell'orgasmo (10).

La disfunzione erettile rappresenta un importante aspetto della qualità di vita dell'uomo "in età", dal momento che esiste una chiara associazione tra come l'individuo percepisce la propria salute sessuale (e, ancor di più, la propria malattia) e gli aspetti della qualità di vita associati alla salute complessiva (17). D'altra parte, le eventuali comorbidità sul versante cardio-vascolare, dismetabolico e/o neurologico, le deflessioni del tono dell'umore e la patologia prostatica condizionano in modo determinante la salute sessuale e la funzione erettile che può essere intesa come potenziale "barometro" del benessere psicofisico dell'uomo (18, 19).

Più o meno contemporaneo alla menopausa emerge, pertanto, un fenomeno piuttosto speculare, reale e non soltanto mito, costruito scientifico e/o giornalistico, che è rappresentato dall'andropausa, intesa come periodo di ristrutturazione nella vita dell'uomo (20). Al di là degli aspetti biologici ed endocrini, l'uomo vive

un periodo critico sia con se stesso sul piano intrapsichico sia nei confronti della partner sul piano relazionale. Anche il maschio di oggi ha la prova dello specchio, gli anni sono passati e con essi la potenza virile, i limiti di età generano depressioni reattive al pensionamento che si ripercuotono sul senso di autostima e sulla capacità di relazionarsi, anche sul piano sessuale (21).

Conflitti coniugali, squilibri nella gestione del potere, problemi di comunicazione, perdita di fiducia, mancanza di ideali comuni, noia e incapacità di tollerare i momenti “bui” legati a malattie e a stati d’animo, possono essere ulteriormente complicati dalla rabbia e dal risentimento accumulato in anni di vita comune e dalla rassegnazione di essere intrappolati in una relazione che non ha più niente da dare. A questo si aggiunge, talvolta, il bisogno femminile di investire sulle proprie capacità intellettuali per realizzare/rinforzare una creatività psicologica, in alternativa alla perduta creatività biologica, che stimoli l’autostima e legittimi l’identità femminile oltre il limite riproduttivo. Il maschio, invece, che ha vissuto di azioni tutta la vita giovanile-adulta e sente di aver raggiunto degli obiettivi ormai consolidati, tende a rinchiudersi nelle mura domestiche con i suoi hobbies dando alla partner l’impressione di atteggiamenti passivi.

Molti “nodi vengono al pettine” e laddove la donna svolgeva in precedenza un ruolo “ancillare” nei confronti del partner, si può assistere ad un “terremoto” della struttura codificata della coppia che soltanto un dialogo sereno può continuare a tenere felicemente insieme in un nuovo equilibrio che “parli ancora d’amore” (1, 2).

CONCLUSIONI

Le terapie volte alla risoluzione dei sintomi menopausali rappresentano un valido aiuto nella gestione clinica delle problematiche sessuali, ma il ginecologo deve saper stimolare “il piacere di essere donna a 50 anni” in un modo più globale e consapevole, cercando di individuare le strategie più adeguate alle esigenze di ogni donna affinché il “bilancio” di vita, passata e futura, sia sempre “in attivo”. Parlare il linguaggio della salute e non della malattia sembra essere la chiave necessaria per orientare le donne in menopausa verso una costante cura di sé in un’ottica realmente preventiva che le veda ancora protagoniste della loro vita, al di là del tempo che passa sul viso, dei figli che crescono, degli affetti che se ne vanno, del senso di stare insieme al partner.

BIBLIOGRAFIA

- 1) NAPPI R.E., POLATTI F.: *Menopausa e sessualità*. In: *Premenopausa e menopausa*. Genazzani A.R., Gambacciani M. Ed. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2000, pp. 165-184.
- 2) NAPPI R.E., VENERONI F., BALDARO VERDE J. et al.: *Climacteric complaints, female identity and sexual dysfunction*. *J. Sex & Marital Ther.* 2001; 27: 567-576.
- 3) BALDARO VERDE J., NAPPI R.E.: *Donne Nuove - L’universo femminile nel terzo millennio*. Franco Angeli Ed., Milano, 2002.
- 4) DENNERSTEIN L., DUDLEY E.C., HOPPER J.L., BURGER H.: *Sexuality, hormones and menopausal transition*. *Maturitas* 1997; 26: 83-93.
- 5) NAPPI R.E.: *Menopausa e sessualità*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2002.
- 6) LEVINE R.J.: *Sex and the human female reproductive tract, what really happens during and after coitus*. *Int. J. Imp. Res.* 1998; 10 (Suppl 1): S14-S21.
- 7) BASSON R., BERMAN J., BURNETT A. et al.: *Report of the International Consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. *Journal of Urology* 2000;163: 888-893.
- 8) ROSEN R. et al. (eds.): *Androgen Insufficiency in women: the Princeton Conference*. *Fertil. Steril.* 2002; 77 (4).

- 9) NAPPI R.E., BALDARO VERDE J., POLATTI F., GENAZZANI A.R., ZARA C.: *Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics*. J. Obstet. Gynecol. Invest. 2002; 53-181-187.
- 10) LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C.: *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. JAMA 1999; 281: 537-44.
- 11) CASTELO-BRANCO C., BLUMEL J.E., ARAYA H. et al.: *Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy*. J. Obstet. Gynaecol. 2003; 23: 426-30.
- 12) BLUMEL J.E., CASTELO-BRANCO C., CANCELO M.J., ROMERO H., APRIKIAN D., SARRA S.: *Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile*. Menopause 2004; 11: 78-81.
- 13) MODELSKA K., CUMMINGS S.: *Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003; 188: 286-293.
- 14) BALDARO VERDE J., NAPPI R.E.: *Menopausa e ristrutturazione della vita individuale e di coppia*. In: Baldaro Verde J., Cersosimo L., Genazzani A.R. (eds), Il Consultorio Familiare, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1997, pp. 186-189.
- 15) FELDMAN H.A., GOLDSTEIN I., HATZICHRISTOU D. et al.: *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. J. Urol. 1994; 151: 54-61.
- 16) BROCK G., LAUMANN E., GLASSER A.D.B. et al.: *Prevalence of sexual dysfunction among mature men and women in USA, Canada, Australia and New Zealand*. J. Urol. 2003; 169 (4): A1226.
- 17) SANCHEZ-CRUZ J.J., CABRERA-LEON A., MARTIN-MORALES A. et al.: *Male erectile dysfunction and Health-Related Quality of Life*. Eur. Urol. 2003; 44: 245-253.
- 18) MOREIRA E.D. JR., LISBOA LOBO C.F., DIAMENT A. et al.: *Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil*. Urology 2003; 61: 431-436.
- 19) ROSEN R.C., SEIDMAN S.N., MENZA M.A. et al.: *Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms*. Int. J. Impot. Res. 2004 [Epub ahead of print].
- 20) WESPES E., SCHULMAN C.C.: *Male andropause: myth, reality, and treatment*. Int. J. Impot. Res. 2002; 14 (1): S93-S98.
- 21) BALDARO VERDE J.: *L'identità sessuale e le sue vicissitudini*. In: Sessuologia '93 - L'identità sessuale e le sue vicissitudini - La sessuologia quale integrazione tra biologico e psicologico, J. Baldaro Verde, A.R. Genazzani, P. Marrama (eds), CIC Edizioni Internazionali, Roma. 1993, pp. 3-13.