

La sessualità in puerperio

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

| | |
|--|--------|
| Che cosa significa diventare genitori, dal punto di vista della relazione di coppia? | pag. 1 |
| Come cambia l'umore dopo il parto? | pag. 1 |
| Che cosa determina la vulnerabilità dell'umore dopo il parto? | pag. 2 |
| Che cosa succede al desiderio e alla funzione sessuale durante il puerperio? | pag. 2 |
| Quali sono i rimedi a questa situazione? | pag. 3 |
| E il papà? | pag. 4 |
| La contraccezione resta indispensabile? | pag. 4 |
| Quanto durano le perdite vaginali dopo il parto? | pag. 4 |
| L'allattamento al seno a volte dà molto piacere: è normale? | pag. 4 |
| Conclusioni | pag. 5 |
| Approfondimenti generali | pag. 5 |
| Approfondimenti specialistici | pag. 5 |

Che cosa significa diventare genitori, dal punto di vista della relazione di coppia?

Avere un bambino è una delle esperienze più belle al mondo. Il diventare genitori comporta tuttavia una vera e propria crisi evolutiva della relazione di coppia, la cosiddetta "transition to parenthood". Come tutte le crisi, contiene in sé grandi opportunità di crescita interiore, ma anche qualche rischio non sempre facile da gestire. Con la nascita del bambino, per esempio:

- si riducono le componenti romantiche ed erotiche, e l'allegria sintonia della coppia che non ha altre responsabilità che pensare a se stessa;
- aumenta la necessità di condividere impegni e responsabilità.

Questo passaggio è essenziale per la stabilità della famiglia e per il bambino. Tuttavia può essere rischioso per l'erotismo. E' quindi bene continuare a difendere uno spazio esclusivo per la coppia: uno spazio di tempo, di emozioni, di slanci, sia romantico ed erotico, sia di complicità amicale, anche in gravidanza e, soprattutto, durante il delicato periodo del puerperio, quando si ridisegnano i territori fisici ed emotivi della casa, della coppia e della famiglia.

Come cambia l'umore dopo il parto?

Per molte donne, passata l'euforia della nascita, il puerperio è un periodo difficile. Per esempio, è frequente che dopo il parto compaia una certa malinconia, a volte una tristezza senza motivo. E si sa che la depressione è nemica del desiderio e dell'eccitazione sessuale. Le nostre nonne parlavano addirittura delle "lacrime del latte", della malinconia delle donne mentre allattavano, come di una condizione transitoria così frequente da essere considerata normale. Circa il 20-25%

delle donne in puerperio ha inoltre una vera e propria depressione, che supera le due settimane, e che può essere caratterizzata da sintomi debilitanti; questa percentuale può salire al 32% nelle giovani mamme adolescenti.

Ma perché piangono, tante donne in puerperio? E perché il desiderio si riduce? La spiegazione è duplice, psichica e biologica.

Che cosa determina la vulnerabilità dell'umore dopo il parto?

Dal **lato psicologico**, diventare mamma comporta una grande maturazione interiore, non sempre facilissima da vivere. La separazione dal bambino, il suo uscire dal corpo per diventare un esserino autonomo, può dare ad alcune mamme un senso acuto e doloroso di perdita, come se questa separazione le privasse di una pienezza perfetta. Per molte, la stessa cura del piccolo può sembrare una difficoltà insormontabile, soprattutto se l'accudimento del bambino non è confortato dalla presenza affettuosa della mamma della puerpera, o di un'amica, e/o dal sostegno affettuoso del partner o del marito. O, ancora, se il bambino è nato prematuro o ha problemi di salute, fisici o psichici. Per altre, il parto può accentuare dei sentimenti di inadeguatezza così forti che la donna precipita nello sconforto, come se il bambino fosse una prova "troppo pesante per lei". Spesso anche i problemi economici possono peggiorare la situazione. Oggi allevare un bambino ha costi elevati, che molte donne e molte coppie fanno fatica ad affrontare.

Dal **lato biologico**, la depressione in puerperio riconosce una predisposizione genetica, familiare, e legata alla storia personale. Precedenti episodi di depressione – per esempio premenstruale, oppure in una gravidanza precedente – aumentano la vulnerabilità a un nuovo episodio depressivo. I fattori che possono poi scatenare il tonfo depressivo sono legati al grande terremoto ormonale che segue il parto:

- 1) la prima causa fisica consiste nel crollo dei livelli di estrogeni, che durante la gravidanza sono molto alti. Questi ormoni, tra l'altro, migliorano il tono dell'umore. In puerperio i livelli di estrogeni sono minimi, soprattutto se la donna allatta, e così l'umore può virare rapidamente verso il basso, specie in soggetti predisposti;
- 2) l'allattamento comporta alti livelli di prolattina, un ormone che è un potente inibitore del desiderio sessuale.

Spesso, inoltre, dopo la gravidanza la donna ha una certa anemia da carenza di ferro, che provoca debolezza, stanchezza e un senso di vulnerabilità alle piccole e grandi difficoltà della vita, come può essere l'adattarsi ad accudire un bambino che magari piange sempre.

Esiste quindi un rapporto stretto fra tono dell'umore, livelli di energia vitale e desiderio sessuale. Più l'umore è basso, più la donna si sente debole e stanca, più è probabile che il desiderio scompaia e resti latitante, in particolare in puerperio.

Che cosa succede al desiderio e alla funzione sessuale durante il puerperio?

Tutte queste concause contrastano il risorgere del desiderio, che per molte donne resta congelato sino alla fine del puerperio, da tre a sei mesi dopo il parto, o anche più se la donna allatta a lungo.

Il desiderio può poi essere ulteriormente inibito, sempre sul fronte fisico, dalla secchezza vaginale – frequente quando mancano gli estrogeni – e dal dolore. Molte donne, in seguito all'episiotomia (il "taglio" che viene fatto sul perineo per facilitare la nascita del bambino) e alla relativa sutura ("episiorrafia"), lamentano infatti dolori persistenti, che peggiorano con il rapporto, soprattutto quando la cicatrice è infetta, quando la sutura non è stata fatta a regola d'arte o quando la cicatrizzazione è inadeguata.

Altre volte, soprattutto se il bambino è di peso elevato alla nascita, se il periodo espulsivo è stato prolungato o è stato necessario usare il forcipe o la ventosa, può succedere che le fibre del muscolo elevatore dell'ano, che circonda la vagina e da cui dipende la sensibilità vaginale, vengano molto distese: il risultato è che durante la penetrazione la donna (e anche l'uomo) dicono di non sentire più nulla.

Si parla in questi casi di "comorbilità": termine che indica la presenza contemporanea di diversi disturbi sessuali. Per esempio lo scarso desiderio, la difficoltà di eccitazione e anche il dolore alla penetrazione rinforzano l'evitamento dell'intimità, autopetruandosi, se non vengono appropriatamente trattati da un ginecologo che abbia anche una preparazione sessuologica.

Quali sono i rimedi a questa situazione?

Innanzitutto occorre fare una diagnosi accurata sui fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, sia fisici sia psicologici, che causano la sensazione di depressione, di poca energia vitale e di perdita di desiderio. In termini semplici, bisogna riconoscere quali siano i diversi fattori che hanno reso la donna più vulnerabile alla comparsa della depressione e/o della disfunzione sessuale.

Esistono poi diverse possibilità di intervento, che vanno personalizzate per ogni singola paziente, sul fronte biologico, psicologico, e della relazione di coppia.

Sul **fronte biologico**, va ricordato che:

- 1) gli integratori alimentari (in particolare ferro, acido folico, magnesio, olio di borragine e di enotera) permettono di reintegrare le riserve e correggere subito un'eventuale anemia e la stanchezza ad essa legata;
- 2) l'arginina (un precursore dell'ossido nitrico, che interviene nel processo di eccitazione) può ulteriormente aiutare il desiderio a riprendere quota;
- 3) gli estrogeni vaginali a basse dosi, prescritti dal medico curante, possono essere sufficienti a correggere la secchezza vaginale, senza interferire con l'allattamento;
- 4) un buon lubrificante può completare il recupero di un'intimità piacevole;
- 5) i massaggi vaginali quotidiani con olio di iperico o con gel di aliamidi, fatti per cinque minuti due o tre volte al giorno, sono utilissimi per ammorbidire le cicatrici episiotomiche dolenti e retraenti;
- 6) la riabilitazione uroginecologica del piano perineale, effettuata nei migliori ospedali e rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale, aiuta a recuperare pienamente l'elasticità e la sensibilità dei muscoli perivaginali, ed è utilissima per prevenire l'incontinenza da sforzo, una fastidiosa complicanza del parto vaginale che può comparire mesi o anni dopo il parto stesso.

Sul **fronte psichico**, l'attenzione ai sentimenti di inadeguatezza, di disistima, di scarsa fiducia in sé, richiede un affettuoso e adeguato sostegno da parte del marito e della famiglia. In casi

selezionati può essere necessario un aiuto psicoterapeutico. L'uso di antidepressivi può nettamente migliorare la situazione sul fronte biologico che sottende la depressione, ma in genere sconsiglia la prosecuzione dell'allattamento.

Infine, se anche l'aspetto economico è importante, rivolgersi ai servizi sociali e/o alle istituzioni di volontariato per l'assistenza alle mamme in difficoltà può ridare fiducia e speranza sul futuro.

E il papà?

Anche diventare padre non è semplice. Molti uomini si sentono letteralmente estromessi dal nuovo nato, specialmente se è un maschio. Lamentano allora disturbi del desiderio, irritabilità, nervosismo, persino depressione. Più raramente, problemi di erezione o di eiaculazione precoce. A volte somatizzano l'ansia e la gelosia dedicandosi allo sport, al lavoro, a un nuovo hobby o... a un nuovo amore.

A volte, invece, i padri diventano "mammi": perfetti nel dare pappine, fare bagnetti e far giocare il bambino, finiscono per scatenare le gelosie accuditive della compagna, soprattutto se, per giunta, la trascurano sessualmente.

In positivo, però, il puerperio può essere un motivo per ritrovarsi con una grande gioia in più, soprattutto se anche in gravidanza il sesso è stato vissuto con serenità.

Un aspetto importante è chiedere subito aiuto al medico se qualche problema fisico o emotivo rende difficile il recupero di un'intimità sessuale soddisfacente. Un aiuto tempestivo risolve spesso la situazione. Lunghe attese, invece, possono consolidare un disinteresse sessuale che può diventare poi molto difficile da recuperare.

La contraccezione resta indispensabile?

Certamente! L'ovulazione può infatti riprendere in qualsiasi momento, anche se la donna allatta. Il profilattico, in questi casi, è l'alleato migliore, perché non interferisce con l'allattamento. Per chi non ama questo metodo, vuole continuare ad allattare ma desidera una contraccezione efficace, ci sono altri due metodi:

- a) un contraccettivo orale a base di solo progesterone, che non interferisce con l'allattamento, e che può essere assunto per tutta la durata del puerperio;
- b) una spirale intrauterina, inserita al primo controllo dopo il parto (dopo circa quaranta giorni).

Quanto durano le perdite vaginali dopo il parto?

Circa quaranta giorni. Si chiamano "lochiazioni". Hanno un colore diverso con il passare dei giorni: rosso vivo o scuro all'inizio, poi gialloscure, poi biancastre. Sono dovute ai processi di involuzione dell'utero, ossia al suo progressivo tornare alla normalità dopo il parto. In genere si consiglia di riprendere i rapporti quaranta giorni dopo il parto, quando tutto l'apparato genitale della donna è tornato alla normalità, o quasi.

L'allattamento al seno a volte dà molto piacere: è normale?

Sì: è un aspetto bello e importante del rapporto madre-bambino, anche se se ne parla poco per tabù. In realtà è normalissimo che la donna provi un piacere non solo affettivo, ma proprio sensuale e sessuale nell'allattare: un piacere condiviso dal piccolo. Questa misteriosa intensità affettiva è un fattore prezioso per il consolidarsi del legame affettivo e d'amore fra la mamma e il suo bambino.

Conclusioni

Il puerperio è un periodo delicato per l'intimità e la sessualità della coppia. Può diventare una fase essenziale della maturazione della relazione se gli eventuali problemi biologici (depressione, dolore, stanchezza, insonnia) e psichici (difficoltà di adattamento al nuovo nato, gelosie, incomprensioni) vengono affrontati tempestivamente e costruttivamente.

Quando la transizione al diventare genitori viene affrontata positivamente, anche dal punto di vista sessuale, la coppia si ritrova più matura, più appagata e con la gioia di un bambino felice da crescere insieme.

Approfondimenti generali

Graziottin A.

Il dolore segreto – Le cause e le terapie del dolore durante i rapporti sessuali

Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2005

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A. Rovei V.

Sessualità in puerperio e igiene intima: il ruolo del ginecologo

In: Graziottin A. (Guest Ed.), I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta, Giornale Italiano di Ginecologia, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006, p. 301-312

2) Pastore L. Owens A. Raymond C.

Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital

J Sex Med. 2007 Jan; 4 (1): 115-123

3) Handa V.L.

Sexual function and childbirth

Semin Perinatol. 2006 Oct; 30 (5): 253-256

4) Rowland M. Foxcroft L. Hopman W.M. Patel R.

Breastfeeding and sexuality immediately post partum

Can Fam Physician. 2005 Oct; 51: 1366-1367

5) Graziottin A.

Female sexual dysfunction: Assessment

in: Bø K. Berghmans B. Mørkved S. Van Kampen M. (Eds), Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor - Bridging Science and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, UK, 2007, p. 266-277

6) Graziottin A.

Female sexual dysfunction: Treatment

in: Bø K. Berghmans B. Mørkved S. Van Kampen M. (Eds), Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor - Bridging Science and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, UK, 2007, p. 277-287

7) Graziottin A. Rovei V.

Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia

in: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382

8) Graziottin A.

Disturbi del desiderio sessuale nella donna: il ruolo del ginecologo

In: Graziottin A. (Guest Ed.), I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta, Giornale Italiano di Ginecologia, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006, p. 283-294