

# DISFUNZIONI GENITO-SESSUALI FEMMINILI: DISTURBI SESSUALI CARATTERIZZATI DA DOLORE

# 15

A. GRAZIOTTIN

I *Sexual pain disorders*, disturbi sessuali caratterizzati da dolore, sono tra i più frequenti e meno diagnosticati disturbi algici in ambito pelvico.

Un sostanziale disinteresse per i disturbi della sfera sessuale femminile, considerati psicogeni o comunque a genesi relazionale, con scarse o assenti implicazioni biologiche, persiste nella maggioranza dei medici di quasi tutte le comunità scientifiche internazionali. Solo nel 1998 l'*International Consensus Conference on Female Sexual Disorders* (FSD), tenutasi a Boston, ha incluso per la prima volta i fattori biologici come categoria etiologica a sé stante (Basson *et al.* 2000). Questo indica bene il persistente *bias* interpretativo di genere che ancora grava sulla diagnostica dei FSD e il ritardo di circa vent'anni nell'approccio scientifico ai FSD rispetto ai disturbi sessuali maschili. Fortunatamente, si assiste oggi ad un'esplosione di interesse scientifico nei confronti dei FSD, che auspicabilmente dovrebbe portare a conoscenze sempre più articolate in ambito fisiopatologico, diagnostico e terapeutico, nonché a sensibilizzare i medici sull'importanza di un'attenzione clinica rigorosa anche a questi aspetti finora generalmente disattesi nel dialogo medico paziente. Di particolare vivacità è il capitolo della dispareunia, in particolare quando sintomatica di vestibolite vulvare (Friedrich, 1987; Meana *et al.*, 1997; Bergeron *et al.*, 1998, 1999, 2001, 2002; Pukall *et al.*, 2002; Bohm-Starke *et al.*, 1998, 1999, 2001; Graziottin e Castoldi, 1999; Graziottin, 2001; Graziottin *et al.*, 2001).

## □ CLASSIFICAZIONE DEI "SEXUAL PAIN DISORDERS"

La più recente classificazione dei disturbi sessuali femminili (FSD, pubblicata sul *Journal of Urology* di marzo 2000) (Basson *et al.*, 2000), a sintesi della conferenza di consenso sopra citata, include nella categoria dei *Sexual Pain Disorders* tre disturbi diversi:

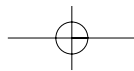
1. la *dispareunia*, descritta come un dolore genitale ricorrente o persistente che compare durante il rapporto sessuale;
2. il *vaginismo*, che indica uno spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale, che causa *personal distress* (associato o meno ad un variabile grado di fobia della penetrazione);
3. i *disturbi sessuali non coitali* caratterizzati da dolore (per esempio la clitoralgia o il dolore al vestibolo vulvare durante il petting).

Dal punto di vista clinico, in questi disturbi è essenziale qualificare sempre:

1. il *tempo d'insorgenza*: fin dall'inizio della vita sessuale (*lifelong*) o acquisito dopo un periodo di normale vita sessuale (*acquired*), definendo in tal caso le circostanze di comparsa e di mantenimento del sintomo, secondo la donna;
2. la *relazione tra sintomo e contesto*: se il dolore è presente sempre e con qualsiasi partner (*generalized*) o solo in alcune situazioni (*situational*), che in tal caso vanno specificatamente indagate;
3. l'*etiologia*: "*organica, psicogena, mista, sconosciuta*". Da notare che questo sottogruppo diagnostico, di vitale importanza per la diagnosi e la terapia, non era nemmeno citato nelle precedenti classificazioni (ICD-10 e DSM-IV), in cui venivano discussi solo gli aspetti "psicogeni" della dispareunia. Solo nell'ultima classificazione (Basson *et al.*, 2000) è stata finalmente indicata l'importanza di una *diagnosi medica del dolore* che compare in un contesto sessuale. Solo la precisazione etiologica consente di orientare in modo mirato la diagnosi, la prognosi e la terapia.

## □ PREVALENZA

La *dispareunia* colpisce il 15-19% delle donne in età fertile, fino al 31-39% di quelle in post-meno-



pausa (Graziottin, 2001, 2002). Nonostante l'alta prevalenza del disturbo, quasi tutti gli studi si sono concentrati sugli aspetti psicodinamici e relazionali. Solo dagli anni Novanta in poi la dispareunia ha ricevuto una crescente attenzione medica da parte dei clinici (Friedrich, 1987; Meana *et al.*, 1997; Bergeron *et al.*, 1998, 1999, 2001, 2002; Pukall *et al.*, 2002; Bohm-Starke *et al.*, 1998, 1999, 2001; Graziottin e Castoldi, 1999; Graziottin, 2001; Graziottin *et al.*, 2001). Il *vaginismo* interessa probabilmente lo 0,5-1% della popolazione, ma il dato è controverso in quanto non esistono studi epidemiologici specificamente focalizzati su questo disturbo, in genere inglobato nel più generale sintomo della dispareunia. Non esistono invece dati nemmeno orientativi sui *disturbi sessuali non coitali*, introdotti nella classificazione ufficiale solo nel 1998 e oggetto di prima pubblicazione solo nel 2000 (Basson *et al.*, 2000). Per chiarezza didattica i tre tipi di disturbi verranno illustrati separatamente.

## □ DISPAREUNIA

### Etiologia

In relazione alla *sede del dolore*, distinguiamo tre tipi di dispareunia:

- introitale o superficiale;
- mediovaginale;
- profonda.

Le **cause biologiche** principali della *dispareunia superficiale introitale e mediovaginale* possono essere:

1. *ormonali* (perdita di estrogeni e di androgeni), con conseguenti distrofie vulvo-vaginali (Davis, 1999; Shifren *et al.*, 2000; Laan *et al.*, 2001; Graziottin, 2001, 2002; Miller, 2001; Madelska *et al.*, 2002);
2. *psicosessuali* (vaginismo) (Van der Velde *et al.*, 2001); disturbi dell'eccitazione, perdita di desiderio (Graziottin, 2001, 2002);
3. *infiammatorie* (vaginiti, vestiboliti) (Bohm Starke *et al.*, 1998, 2001; Graziottin e Vincenti, 2002), cistiti post-coitali (Graziottin, 2001, 2002), usualmente secondarie al trauma "meccanico" del rapporto quando l'eccitazione è scarsa, quando l'elevatore dell'ano è teso e contratto e quando l'ipoestrogenismo aumenta la vulnerabilità della vescica (Di Benedetto e Graziottin, 1997; Bergeron *et al.*, 2001; Meana *et al.*, 1997);
4. *muscolari* (ipertono, mialgia tensiva del pavimento pelvico) (Travell *et al.*, 1983, De Lancey *et al.*, 1993);

5. *iatrogene* (effetti collaterali della chirurgia perineale, episiotomia-rrafia, in primis, nonché coloplastiche anteriori e posteriori, e pelvica) (Wesselman *et al.*, 1997; Graziottin, 2001, 2002);
6. *neurologiche* (neuropatie sistemiche e periferiche) (Shafik, 1998);
7. *connettive and immunitarie* (sindrome di Sjögren);
8. *vascolari* (sia per effetto di fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, che possono causare difficoltà di eccitazione con conseguente secchezza vaginale, sia per più drastici danni vascolari iatrogeni, per esempio in corso di radioterapia pelvica) (Goldstein e Berman, 1998);
9. *neuropatiche* (in cui dal punto di vista etiopatologico è in gioco una particolare vulnerabilità dei sistemi del dolore periferici e centrali. In tali casi il dolore si evolve da "nocicettivo", e quindi indicativo di un danno in corso da cui l'organismo è indotto a difendersi, a "neuropatico" in cui il dolore si genera all'interno delle vie e dei centri del dolore. Questo aspetto sta emergendo come fattore principe nella cronicizzazione e nella difficile curabilità di molte sindromi algiche croniche (Baron *et al.*, 1998, 2002) tra cui la dispareunia da vestibolite vulvare (Bohm-Starke 1998, 1999, 2001; Graziottin, 2002; Graziottin e Vincenti, 2002).

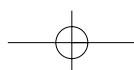
**Fattori psicosessuali e relazionali** possono contribuire al persistere e all'aggravarsi della percezione del dolore, e al peggioramento della dispareunia stessa, attraverso l'ansia, la depressione, l'inibizione dell'eccitazione e della lubrificazione, la tensione fisica ed emotiva.

Le cause di dispareunia profonda includono (Graziottin, 2001 e 2002):

1. l'endometriosi;
2. la malattia infiammatoria pelvica (PID);
3. il varicocele pelvico;
4. i dolori riferiti, soprattutto a genesi mialgica da trigger points, specie sull'elevatore;
5. esiti di radioterapia;
6. sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES) e pelvici.

## □ SEMEIOLOGIA

*Sede e caratteristiche del dolore, e caratteristiche di comparsa del medesimo*, sono i *fattori predittivi* più importanti della etiologia organica della dispareunia (Meana *et al.*, 1997). Ciò conferma quanto un'anamnesi accurata ed un esame obiettivo attento a



diagnosticare e descrivere accuratamente la “*mappa del dolore*” siano strumenti ineludibili per una presa in cura davvero terapeutica della donna e del suo disturbo (Graziottin, 2001). Il ginecologo è in assoluto il medico con la maggiore competenza per diagnosticare accuratamente l’etiologia organica della dispareunia, purché tratti questo disturbo con lo stesso rigore diagnostico e la stessa attenzione semeiologica e clinica che dedica ad altre patologie.

Un’accurata anamnesi deve indagare:

1. *dove* la signora *prova dolore*: se in sede *introitale* (vestibolite, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraenti, esiti iatrogeni di chirurgia vaginale (colpoplastica iperzelante); *medio vaginale-laterale* (ipertono dell’elevatore fino a mialgia con tender e/o trigger points); *medio vaginale-anteriore* (cistalgia, trigonite, uretrite); *introitale e mediovaginale posteriore* (ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo) o *vaginale profonda* (endometriosi, PID, dolori riferiti ecc.) (Graziottin e Castoldi, 1999; Graziottin, 2001; Graziottin *et al.*, 2001);
2. *quando* *prova dolore*: se *al momento dell’inizio* della penetrazione (tutte le cause di dolore introitale summenzionate), o a *penetrazione completa* (verificare anche cause profonde di dispareunia e qualità dell’eccitazione);
3. *quanto a lungo* *prova dolore*: se solo durante il coito oppure anche dopo il rapporto, fino a due, tre giorni dopo o più. Sintomo che, insieme alla sede introitale del dolore, suggerisce immediatamente la presenza di vestibolite vulvare, a genesi molteplice: infiammatoria (da candida, vaginosi batterica inclusa gardnerella, HPV); meccanica (da ipertono elevatore); psicosessuale (da blocco riflesso della lubrificazione a causa del dolore e/o della fobia associata all’idea della penetrazione);
4. *quali sono i sintomi associati*: a) urinari (presenti in circa il 20% dei casi); b) intolleranza alla frizione sui vestiti o stimolazioni manuali durante il petting (in circa il 20% dei casi); c) intolleranza all’inserimento di un tampone per la protezione intima mestruale (in circa il 30% dei casi); d) comparsa di dolore con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica (90% dei casi) che rappresenta quindi uno strumento diagnostico prezioso nella maggioranza delle pazienti.

L’esame obiettivo, finalizzato a riconoscere la “*mappa del dolore*”, consente di completare la diagnosi e di definire l’etiologia, la prognosi e la tera-

pia della dispareunia, con piena risoluzione del sintomo nel 70-89% dei casi a seconda della etiologia della dispareunia, di altri sintomi sessuali associati, della durata e del significato del sintomo, nonché delle implicazioni relazionali, prima di una efficace presa in cura (Graziottin, 2001, 2002).

## VAGINISMO

Con il termine *vaginismo* si indica dunque uno spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale, che causa distress personale e che è associato o meno ad un variabile grado di fobia della penetrazione (Basson *et al.*, 2002).

La gravità del vaginismo è valutabile con due parametri: l’intensità dello spasmo muscolare, che viene descritta in quattro gradi, e l’intensità della fobia, che può essere lieve, moderata o grave. È evidente dalla descrizione dell’intensità dello spasmo che il vaginismo di I e II grado rende possibile la penetrazione, che è tuttavia dolorosa: in tal caso il vaginismo diventa causa di dispareunia. Nel vaginismo di III e IV grado, invece, lo spasmo muscolare è così serrato da rendere impossibile il coito. «Mi sembra di avere un muro, lì» è la sensazione più frequente che in questo caso la donna avverte. E che ha anche il marito, al punto che spesso i reiterati tentativi di trovare un varco finiscono per provocare una frustrazione tale da indurre anche nel partner un deficit di erezione, in particolare di mantenimento.

Un problema serio, dunque, che nelle sue forme più gravi diventa, per ovvie ragioni, anche causa di sterilità: alcuni ricercatori sottolineano che il 5-7% delle coppie sterili lo sono in realtà perché non consumano il matrimonio. Il vaginismo è infatti la causa femminile più frequente di matrimonio non consumato (MNC) (Gindin e Resnikoff, 2002).

## Etiologia

«Perché un gesto così normale, come il rapporto sessuale, mi provoca così tanta angoscia da bloccarmi totalmente?» si chiede la donna che scopre di avere questa dolorosa cintura di castità. «E perché proprio a me?». Le cause del disturbo possono essere divise in due gruppi principali, anche se spesso più di un fattore interagisce negativamente nel provocarlo.

Le **cause fisiche** del:

1. *vaginismo primario (lifelong)*, ossia presente fin dall’inizio della vita sessuale, sono rare

(meno dell'1% dei casi nella serie personale). In pratica, il principale fattore "meccanico" può essere costituito da un *imene* particolarmente fibroso e rigido, difficile da dilatare nel rapporto naturale, specie se la paura del dolore blocca in modo riflesso la lubrificazione e si attiva una postura di difesa generale. Altri fattori fisici possono comprendere gli esiti cicatriziali di traumi genitali accidentali o provocati. Questi ultimi sono esemplificati dalle *infibulazioni* associate a clitoridectomia, ancora in uso nelle popolazioni africane e che possono giungere all'osservazione del medico occidentale data la crescente immigrazione da questi Paesi;

2. *vaginismo secondario*, sono più frequenti. In tali casi lo spasmo riflesso del muscolo elevatore che rende il coito doloroso o impossibile compare dopo un periodo di rapporti più o meno normali. Questo può succedere dopo infezioni vaginali ripetute (specie se causate da funghi), soprattutto se provocano una vestibolite (Bergeron *et al.*, 1997), quadro di crescente emergenza nella pratica clinica ginecologica e sessuologica, per distrofie vaginali (ossia alterazioni della elasticità e lubrificazione vaginale da carenza ormonale, per esempio in menopausa o in puerperio) (Hagedorn *et al.*, 2002), o per cause iatrogene di dolore (Wesselmann *et al.*, 1997). Di nuovo in tal caso il quadro fisiopatologico del vaginismo si sovrappone a quello della dispareunia. Alcuni Autori attualmente suggeriscono di considerare come entità nosografica a sé solo il vaginismo primario, in cui la risposta muscolare di contrazione riflessa avviene *in assenza* di qualsiasi causa biologica di dolore introitale, e di inserire invece il vaginismo secondario nel più grande capitolo della dispareunia. In questi casi è il dolore alla penetrazione che provoca secondariamente la contrazione dei muscoli che proteggono l'entrata vaginale, con un movimento volto a difendere – più o meno consciamente – la vagina da un gesto che provoca, in quelle condizioni, solo sensazioni di bruciore e di fastidio. Contrazione muscolare che può arrivare a provocare una vera e propria "mialgia dell'elevatore", con dolore provocato e tender points alla palpazione mediovaginale in corrispondenza della spina ischiatica (Graziottin, 1998, 2001, 2002).

Le **cause psichiche** del:

1. *vaginismo primario* sono molto più frequenti (Graziottin, 1988, 1998):
  - stimoli negativi associati alla sessualità – e alla penetrazione in particolare –;

- tabù e inibizioni educative ("una brava ragazza non lo fa sino al matrimonio"); cui spesso si associa una sopravvalutazione della verginità;
- pregresse violenze o molestie sessuali;
- paura della gravidanza e del parto, l'aver udito racconti drammatici relativi al primo rapporto, alla perdita di sangue, al dolore, al parto;
- attaccamento fortissimo alla madre (o a entrambi i genitori): così che spesso le donne vaginismiche si sentono più "figlie di famiglia" che non spose. Posizione questa spesso condivisa con il marito, a sua volta legatissimo ai suoi. È come se ci fosse un cordone ombelicale ancora non tagliato – nei confronti delle famiglie di origine – che psicologicamente tiene la coppia ad una distanza "fissa", garantita dalla persistenza del sintomo. E che tiene entrambi i coniugi in una dimensione "sospesa", in una posizione di bambini-adolescenti, che possono avere un forte attaccamento affettivo ma senza (o quasi) sessualità;
- *paura dell'aggressività sessuale*: «È più forte di me. Finché non siamo lì, mi sembra di potercela fare. Ci penso tutto il giorno, mi dico che è una cosa normale, che lo fanno tutte senza tante storie. Anzi con piacere. Ma poi, al dunque, mi prende il terrore che mi faccia male». Queste parole sono un esempio lampante del terrore del membro maschile che (quasi) tutte le donne vaginismiche hanno. Analizzando il vissuto di queste donne dal punto di vista psicodinamico è evidente un problema di fondo: la difficoltà a vivere positivamente l'aggressività (sana!) implicita nella penetrazione. Paura in qualche modo condivisa dal marito, che in genere è un uomo dolce, affettuoso, affidabile, per niente aggressivo. Al punto che Danielle Choucroun, una terapeuta all'avanguardia nel trattamento di questi disturbi, disse una volta: «Per un caso curioso, la signora che ha paura di essere penetrata incontra (e sposa) un uomo che ha paura di penetrare!». Il quale spesso somatizza la propria segreta simmetria in un deficit erettivo di mantenimento e/o in un'eiaculazione precocissima.

Ne deriva un consiglio pratico fondamentale: la difficoltà (o l'impossibilità) ad avere rapporti va sempre analizzata *studiando la coppia* e non il solo, dei due, che sembra avere il problema (Graziottin,

1988, 1998, 2001, 2002). Ricordando che nella coppia esiste spesso un "induttore" del sintomo e un "portatore" del medesimo (Kaplan, 1982). E che i vantaggi secondari della non consumazione (tra i quali, ad esempio, il tenere bassa l'ansia sessuale) possono indurre inconsciamente la coppia a somatizzare la difficoltà del cambiamento attraverso lo spostamento del sintomo dall'uno all'altro coniuge o attraverso il cambiamento del tipo di sintomo in uno stesso soggetto. Si pensi all'uomo, normale in precedenti rapporti con altre donne, che manifesta un deficit erettivo o un'eiaculazione precocissima quando il vaginismo dell'attuale partner è risolto. O la caduta di desiderio di uno o entrambi i partner quando l'ostacolo meccanico, costituito dal vaginismo, sembra essersi sciolto senza strascichi.

## Diagnosi

Raramente la paziente vaginismica riceve la diagnosi corretta. Il ginecologo si limita troppo spesso ad un generico: «È stretta, nervosa. Si rilassi. Prenda un ansiolitico». Fino all'aggressivo «Cambi marito» o al suggerimento di un'inutile, se non dannosa, perineotomia. Questo intervento di allargamento del muscolo spastico viene effettuato attraverso un'incisione chirurgica del muscolo elevatore, in anestesia, con una simil-episiotomia. Questo comporta una dilatazione forzata della vagina, che può talora rendere il coito possibile "meccanicamente". Tuttavia, la violenza – reale e simbolica – che questo gesto costituisce a livello inconscio per la donna può portare al peggioramento della fobia e dell'angoscia relativa alla penetrazione. Con il risultato che il rapporto è tecnicamente possibile ma emotivamente inaccettabile e inaccettato, con caduta secondaria del desiderio ed evitamento di ogni forma di intimità (Graziottin, 1998, 2001, 2002).

Ugualmente inutile è il parcheggiare la paziente e la coppia in lunghe psicoterapie "generiche", senza che il problema venga affrontato nella sua dimensione corporea, oltre che psicodinamica.

In realtà, l'interlocutore migliore della donna affetta da vaginismo (e quindi della coppia "bianca") è un ginecologo (o ginecologa) con una formazione sessuologica che sappia:

- riconoscere il problema;
- valutarne la gravità;
- effettuare una terapia adeguata.

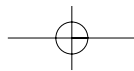
Troppo spesso, ancor oggi, la diagnosi *non* viene fatta (purtroppo la sessuologia non è ancora presente né nelle scuole di medicina né in quelle di specializzazione in ginecologia, tranne qualche lo-

devole Corso Post-Universitario) e questo può portare a ritardi terapeutici, a terrorismi e aggressioni verbali gratuite, quando non addirittura a interventi chirurgici inutili o, sul fronte opposto, a psicoterapie inutilmente lunghe: in entrambi i casi viene perpetuata quella scissione diagnostica e terapeutica tra una "medicina senz'anima" e una "psicologia senza corpo" di cui sono vittime anche i pazienti sessuologici.

## IL LINGUAGGIO DEL CORPO

Quali sono i segni distintivi di una donna che soffre di vaginismo? In queste pazienti possono essere evidenziati quattro "nodi di tensione", ossia quattro aree del corpo in cui la tensione psicofisica sembra particolarmente addensata e che il medico sessuologo deve essere in grado di riconoscere dal punto di vista semeiologico (Graziottin, 1988, 1998):

1. la bocca serrata, spesso associata a occhi bene aperti. Un messaggio chiaro: la paura di far entrare le emozioni e il bisogno di controllare tutto (gli occhi ben aperti). La bocca serrata rivela altre cose: la tensione che si diffonde nel corpo e che spesso è responsabile del digrignare notturno dei denti, disturbo che a volte induce il dentista a prescrivere un morso (*bite*) per evitare di ledere le corone dentarie. Questa tensione psicofisica si esprime anche attraverso il respiro breve e superficiale, che, riducendo gli scambi respiratori, riduce la pressione parziale di ossigeno nel sangue. Questo poi induce dei respiri profondi, quasi per "prender fiato";
2. la tensione della parte cervicale dei muscoli paravertebrali. L'ipertono muscolare spiega la rigidità della colonna in questa area del corpo, spesso associata a tensione delle spalle, rigide e quasi sollevate, quasi a parare un colpo e la difficoltà all'abbandono. Per lasciarsi andare al piacere dei sensi, bisognerebbe infatti riuscire a "cedere" la testa all'indietro: proprio quel "perdere la testa" che tanto attrae e spaventa insieme la donna affetta da vaginismo;
3. la tensione della parte lombare dei muscoli paravertebrali. Essa determina l'inarcamento della schiena (iperlordosi lombare) quando la donna si distende sul lettino per la visita, inarcamento che si accentua di fronte ai tentativi di penetrazione. Tensione e angoscia di penetrazione sono tali che, nei casi più gravi di vaginismo, possono comportare anche l'adduzione protettiva delle cosce alla sola idea di un rapporto. Spesso la risposta muscolare fa parte di una generale risposta di allarme (*arousal*) a somatizzazione anche



- muscolare, come recentemente evidenziato (Van der Velde *et al.*, 2001);
4. lo spasmo difensivo del muscolo elevatore dell'ano, che circonda la vagina. È l'intensità dello spasmo a condizionare, come già si diceva all'inizio, la difficoltà o l'impossibilità della penetrazione. E a perpetuare il problema, quando lo spasmo a lungo protratto negli anni finisce per associarsi ad una diversa immagine di sé, ad una diversa "mappa emotiva del corpo", fino ad assumere come una seconda pelle quella corazza muscolare. Una corazza costruita su progressive alterazioni posturali che come una ruggine somatopsichica finiscono per resistere anche al miglior lavoro psicodinamico, a meno che non vengano parallelamente trattate sul fronte corporeo.
2. *terapia farmacologica*, con farmaci ansiolitici/antifobici. Una terapia farmacologica ben fatta riduce il terremoto neurovegetativo (ossia i sintomi involontari, la sudorazione, la tachicardia, gli spasmi muscolari) che accompagna i tentativi di penetrazione e consente di ridurre anche la durata stessa della terapia;
  3. *terapia psicodinamica*, per affrontare e sciogliere correttamente le paure relative alla penetrazione e all'aggressività, per comprendere e attenuare il bisogno di controllo, le ambivalenze nei confronti della soluzione del problema (in fondo un sintomo è spesso un compromesso tra una paura e un desiderio), l'eccessivo attaccamento alla famiglia...

## □ IL VISSUTO DELL'INTIMITÀ EROTICA

Questa dimensione, squisitamente umana, è essenziale per comprendere il ruolo della memoria – del piacere e del dolore – e dell'anticipazione dei medesimi, nel modulare i feed-back positivi o negativi che possono attivare, o frenare, la cascata di eventi psico-neuroendocrini che coordinano la risposta sessuale. In ambito clinico, l'approfondimento del vissuto, anche dei rapporti "incompleti" tipici delle coppie bianche, è essenziale per comprendere soprattutto i disturbi secondari: per esempio, le cadute di desiderio secondarie a dispareunia, l'aumento di conflittualità di fronte ad un'ejaculazione precoce. È inoltre preziosa per comprendere il reale atteggiamento di motivazione e disponibilità al progetto terapeutico da parte di entrambi i partners.

## □ ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

Una terapia ben fatta, anche in sessuologia, è come un vestito: va scelta su misura. Questo significa saper valutare per, e insieme, alla singola donna – e coppia! – la strategia migliore. Le linee guida sono sostanzialmente tre:

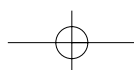
1. *terapia comportamentale*, volta a sciogliere le tensioni corporee. Essa si basa su: training di rilassamento generale; esercizi di rilassamento della colonna vertebrale cervicale e lombare (meglio se associati a massaggi specifici); esercizi di mobilitazione del bacino (il cosiddetto "riflesso orgasmico"); esercizi di distensione progressiva del muscolo perineale – fase delicata specie nei casi associati a mialgia dell'elevatore con *tender points* – associati nella fase fi-

Di particolare importanza psicodinamica è l'inquadramento della *possibile collusione di coppia* nel mantenimento del sintomo, l'analisi dei potenziali vantaggi secondari dello stesso, il supporto psicoemotivo ad entrambi i partner nel momento in cui ci si avvicina alla fase più delicata della terapia, quella del rapporto sessuale completo (Kaplan, 1982). Tale fase richiede nel terapeuta esperienza, sensibilità ed empatia, soprattutto con le coppie che non hanno consumato il matrimonio per tanti anni. È infatti difficile, per questi coniugi, ritrovare lo slancio erotico sopito dopo tanto tempo di affetto tenero e profondo, in cui tuttavia l'Eros era bandito.

Sono invece da evitare le "psicoterapie generiche", che si traducono in uno spaventoso dispendio di energie, di fiducia e di vita e che lasciano la coppia frustrata e depressa per la mancata risoluzione del problema. La terapia del vaginismo è ormai consolidata e specifica e richiede un lavoro parallelo su corpo e psiche, da parte di un terapeuta, quale è il ginecologo con formazione sessuologica, che per preparazione e formazione possa lavorare su entrambi i fronti. È inoltre un errore non utilizzare l'aiuto farmacologico, a dosi personalizzate, indispensabile invece per superare la fobia, specie nei casi gravi (Graziottin, 1988, 1998).

Sono ugualmente da stigmatizzare anche le "soluzioni" chirurgiche: tranne il rarissimo caso di un imene davvero fibroso, rigido o cribroso, la chirurgia è inutile e spesso dannosa.

Ultimo errore da evitare: trattare solo la donna. È invece indispensabile la valutazione iniziale anche del partner e la sua partecipazione alle sedute conclusive, a meno che non emergano nei primi colloqui problemi sessuali, anche personali, che indichino un parallelo trattamento anche del partner. Attenzione questa importante per non trovare, alla



fine, che la coppia resta bianca per una sorta di "ping pong" dei sintomi sessuali. Chiara espressione, in questi casi, di una angoscia della penetrazione profondamente condivisa nella coppia e che va diagnosticata e trattata in chiave psicodinamica per entrambi i partner.

## □ CONCLUSIONI

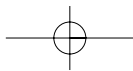
Il dolore raramente è psicogeno. La dispareunia non fa eccezione. Questo sintomo merita accurata attenzione clinica, in quanto può essere il denominatore comune di una varietà di condizioni mediche diverse, spesso sovrappoventesi, che debbono essere riconosciute e adeguatamente trattate, con equilibrio di sguardo clinico e semeiologico tra aspetti psicodinamici e aspetti biologici. La diagnosi medica è infatti prerequisito essenziale per una terapia mirata, multifattoriale ed efficace, sia della dispareunia, sia di altre condizioni, urologiche, ginecologiche, fisiatrici, proctologiche, neurologiche, vascolari, e/o muscolari ad essa associate. Il vaginismo merita un'attenzione più articolata anche sul fronte psicodinamico. Un gruppo di lavoro, di cui facciano parte il ginecologo sessuologo, lo psichiatra, la psicologa testista, la psicoterapeuta e una fisioterapista esperta in problemi del pavimento pelvico può offrire il miglior standard di diagnosi e terapia delle disfunzioni sessuali caratterizzate da dolore.

## Bibliografia

- Andrews WC. *Approaches to taking a sexual history*. In Bachmann GA (ed), *Menopause and Female sexuality*. J. Womens' Health & Gender-Based Medicine 2000;9(S1):S25-S32.
- Bachmann GA (ed), *Menopause and Female sexuality*. J. Womens' Health & Gender-Based Medicine 2000; 9(S1):S1-S3.
- Baldaro Verde J, Graziottin A. *I disturbi dell'eccitazione sessuale nella donna*. In Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Perugia, novembre 2002. Roma: CIC Edizioni 2002:323-9.
- Barlow DH, Cardozo L, Francis RM et al. *Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women*. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:87-91.
- Basson R. *The female sexual response: a different model*. J Sex Mar Therapy 2000;26:51-65.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L. et al. *Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definition and classification*. J Urol 2000;163:889-93.
- Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K. *Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review (80 refs)*. Clin J Pain 1997;13(1):27-42.
- Bergeron S, Khalifé S, Pagidas K, Meana M, Amsel R. *Binik YM A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy, surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from VVS*. Pain 2001;91(3) 297-306.
- Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. *Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome*. Gynecol. Obstet Invest 1998 46:256-60.
- Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. *Neurochemical characterization of the vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome*. Gynecol Obstet Invest 1999;48:270-5.
- Bohm-Starke N, Hilliges M, Brodda-Jansen G, Rylander E. *Torebjork Psychophysical evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome*. Pain 2001;94:177-83.
- Bonica JJ. *Definitions and taxonomy of pain*. In Bonica J (ed) *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger 1990;2:18-27.
- Butcher J. *ABC of sexual health. Female sexual problems II: sexual pain and sexual fears (clinical review)*. BMJ 1999;318:110-2.
- Caillouette JC, Sharp CE, Zimmermann GJ, Roy S. *Vaginal pH as a marker for bacterial pathogens and menopausal status*. Am J Obstet Gynecol 1997; 176:1270-7.
- Clulow C (ed). *Adult attachment and couple psychotherapy*. Hove (UK): Brunner Routledge 2001.
- Davis S. *Androgen Replacement in Women: a commentary*. Women J Clinical Endocrinology & Metabolism 1999;84(6):1886-91.
- De Lancey JO, Sampselle CM, Punch MR. *Kegel dyspareunia: levator ani myalgia caused by overexertion*. Obstet Gynecol 1993;82:658-9.
- Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Garamszegi C, Dudley EC. *Menopause and sexual functioning*. In Studd J. (ed) *The management of the menopause. The millennium review*. New York: Parthenon Publishing; 203-210.
- Di Benedetto P, Graziottin A (eds). *Piacere e dolore*. Trieste: La Goliardica 1997.
- Fukaya T, Hoshiaki H, Yajima A. *Is pelvic endometriosis always associated with chronic pain? A retrospective study of 618 cases diagnosed by laparoscopy*. Am J Obstet Gynecol 1993;169:719-22.
- Glazer HI, Rodke G, Sewncionis C, Hetz R, Young AW: *Treatment on vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature*. J Reprod Med 1995;40(4):283-90.
- Graziottin A. *Clinical approach to dyspareunia*. J Sex Marital Therapy 2001;27:489-501.
- Graziottin A. *Analfabetismo erotico e vaginismo* Atti del Congresso Nazionale della Società Italiana di Sessuologia clinica, Roma. Milano: Masson 1988;75-8.
- Graziottin A. *The biological basis of female sexuality*. Int Clin Psychopharmacol 1998;13(suppl 6):S15-S22.
- Graziottin A. *Loss of libido in the postmenopause*. Menopausal Medicine 2000;8(1):9-12.

- Graziottin A. *Sexual function in women with gynecologic cancer: a review*. It J Gynec Obstet 2001;2:61-8.
- Graziottin A, Castoldi E, Montorsi F, Salonia A, Maga T. *Vulvodynia: the challenge of "unexplained" genital pain*. J Sex Marital Ther 2001;27:567-76.
- Graziottin A, Vincenti E. *Anthalgic treatment of intractable pain due to vulvar vestibulitis syndrome: preliminary results with oral gabapentin and anesthetic block of ganglion impar* (abstract). Proceedings of the Congress of the international Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), Vancouver, October 10-14, 2002 (in press).
- Goldstein I, Berman JR. *Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes*. Int J Impotence Res 1998; 10:S84-S90.
- Hagedorn M, Buxmeyer B, Schmitt Y, Bauknecht T. *Survey of lichen sclerosus in women and men*. Arch Gynecol Obstet 2002;266:86-91.
- Heller DS, Randolph P, Young A, Tancer ML, Fromer D. *The cutaneous vulvar clinic revisited: a 5 years experience of the Columbia Presbyterian Medical Center*. Cutaneous Vulvar Service Dermatology 1997;195(1):26-9.
- Kent HL. *Epidemiology of vaginitis*. Am J Obstet Gynecol 1991;165:1168-76.
- Lamont J. *Vaginismus*. Am J Obstet Gynecology 1979; 15, 415-28.
- Lauman EO, Gagnon JH, Michaci RT, Michaels S. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. JAMA 1999;10;281(6):537-42.
- Levin RJ. *The mechanism of human female sexual arousal*. Ann Rev Sex Res 1992;3:1-48.
- Levin RJ. *Measuring the menopausal genital changes - a critical account of laboratory procedures past and for the future*. In: Graziottin A (ed) *Menopause and Sexuality*, Menopause Review 1999; IV(4):49-57.
- Madelska K, Cummings S. *Tibolone for post-menopausal women: systematic review of randomized trials*. J Clin Endocrinol Metabolism 2002;87(1):16-23.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Heterosexuality*. Glasgow: Harper Collings Manufacturing 1994.
- McKay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H. *Treating vulvar vestibulitis with electromyographic feedback of pelvic floor musculature*. J Reprod Med 2001;46:337-42.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. *Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome?* J Nerv Ment Dis Sep 1997;185(9):561-9.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. *Biopsychosocial profile of women with dyspareunia*. Obstet Gynecol Oct 1997;90(4 Pt 1):583-9.
- Miller KK. *Androgen deficiency in Women*. J Clinical Endocrinology & Metabolism 2001;86(6):2395-401.
- Mulherin DM, Sheeran TP, Kumararatne DS *et al*. *Sjogren's syndrome in women presenting with chronic dyspareunia*. Br J Obstet Gynaecol Sep 1997;104:1019-23.
- Notelovitz M. *A practical approach to postmenopausal hormone therapy*. Ob/Gyn, Special ed. MacMahon, New York, April 2002.
- O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ. *Anatomical relationship between urethra and clitoris*. J Urol 1998;159:1892-7.
- Pukall CF, Binik YM, Khalifé S, Amsel R, Abbott FV. *Vestibular tactile and pain threshold in women with vulvar vestibulitis*. Pain March 2002;6(1-2):163-75.
- Reid R. *The management of genital condylomas, intraepithelial neoplasia and vulvodynia*. Obstet Gynecol Clin North America 1996 (Review 136 refs);23(4): 917-91.
- Rioux JE, Devlin MC, Gelfand MM, *et al*. *17 beta estradiol vaginal tablets versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis*. Menopause 2000;7(3):156-61.
- Russo CM, Brose WG. *Chronic pain*. Ann Rev Medicine 1998;49:123-33.
- Sands R, Studd J. *Exogenous androgens in postmenopausal women*. Am J Med 1995;98(1a):76-9.
- Sarrel PM. *Sexuality and menopause*. Obstet Gynecol 1990;75: 26-30.
- Schindler AE. *Hormone Replacement Therapy (HRT) in women after genital cancer*. Maturitas 2002;41(suppl 1) S:105-11.
- Shafik A. *Pudendal canal syndrome as a cause of vulvodynia and its treatment by pudendal nerve decompression*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998;80(2):215-20.
- Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. *Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, cross-over study of sex steroid administration in surgical menopause*. Psychosom Med 1987; 47:339-51.
- Shifren JL, Glenn D, Braunstein MD, *et al*. *Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy*. NEJM 2000; 343(10):682-8.
- Sweet RL, Gibbs RS. *Pelvic inflammatory disease*. In: Sweet R, Gibbs RS, eds. *Infectious Disease of the Female Genital Tract* (Part 1). Baltimore: Williams & Wilkins 1985;53-77.
- Tarcan T, Park K, Goldstein I, Maio G, Fassina A. *Krane RJ Histomorphometric analysis of age related structural changes in human clitoral cavernosal tissue*. J. Urol 1999;161:940-4.
- Thompson JM. *Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia and myofascial pain syndrome*. Mayo Clin Proc 1990;65:1237-48.
- Travell J, Simons D. *Myofascial pain and dysfunction The trigger points manual. First volume*. Baltimore USA: Williams & Wilkins 1983.
- Van der Velde J, Laan E, Everaerd W. *Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus*. Int. Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct 2001;12(5): 328-31.





Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg L. *The urogenital and rectal pain syndromes (Review) (282 refs)*. Pain 1997;73(3): 269-94.

Wilson SK, Delk JR, Billups KL. *Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-Clitoral Therapy Device*. J Gend Specif Med 2001; 4(2): 54-8.

