

sono interferire con la formazione della piattaforma orgasmica e con le contrazioni del riflesso orgasmico provocando di conseguenza un ridotto grado di soddisfacimento sessuale²⁰.

La sindrome del muscolo elevatore dell'ano risulta particolarmente invalidante con un dolore riferito alla regione lombo-sacrale, al pavimento pelvico, alla zona perirettale e alla vagina.

Alcuni studi hanno documentato che nelle pazienti con disfunzioni sessuali dolorose è coinvolta la muscolatura perineale; la contrattura cronica della muscolatura del pavimento pelvico è spesso una risposta difensiva al sintomo doloroso che ne causa la persistenza²¹.

Bibliografia

- 1 Kegel AC. *Sexual function of pubococcygeus muscle*. J Sur Obstet Gynecol 1954, 527-537.
- 2 Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Little & Brown, Boston, 1966.
- 3 Kaplan HS. *Hypoactive sexual desire*. J Sex Marital Ther 1977, 3(1): 3-9.
- 4 Komisaruk BR, Whipple B. *Physiological and perceptual correlates of orgasm produced by genital or non-genital stimulation*. In: Kothari P. (ed), *The proceedings of the first international conference on orgasm*. Parthenon Publ, Carnforth, England, 1991, p. 125.
- 5 Oudin G. *Rééducation urogynécologique et sexualité féminine*. Institut de Sexuologie, Paris, 1987.
- 6 Schultz WW et al. *Magnetic resonance imagin of male and female genitals during coitus and female sexual arousal*. BMJ 1999, 319: 1596-1600.
- 7 Faix A et al. *Magnetic resonance imaging of sexual intercourse: initial experience*. J Sex Marital Ther 2001, 27: 475-482.
- 8 Shafik A. *Vagino-levator reflex: the description of a reflex and its role in the sexual performance*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994, 60: 161.
- 9 Shafik A. *The role of the elevator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2000, 11: 361-376.
- 10 Rogers GR et al. *Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001, 12: 361-365.
- 11 Shafik A, El-Sibai O. *Levator ani muscle activity in pregnancy and the postpartum period: a myoelectric study*. Clin Exp Obstet Gynecol 2000, 27: 129-132.
- 12 Snooks SJ et al. *Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in child-birth*. Lancet 1984, 2: 546-550.
- 13 Howard RJ. *Elective cesarean selection on request: pregnant women should have choices*. Br Med J 1999, 318: 122.
- 14 Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. *Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse*. Obstet Gynecol 1996, 88: 470-478.
- 15 Klein M et al. *Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation*. Am J Obstet Gynecol 1994, 171: 591-598.
- 16 Signorello LB et al. *Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study*. Br Med J 2000, 320: 86-90.
- 17 Copeland CE et al. *Effect of trauma and pelvic fracture on female genitourinary, sexual, and reproductive function*. J Orthop Trauma 1997, 11: 73-81.
- 18 Cherington M. *Hazards of bicycling: from handlebars to lightning*. Semin Neurol 2000, 20: 247-253.
- 19 Semmers J, Wagner G. *Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women*. JAMA 1982, 248: 445-448.
- 20 Coyle CP et al. *Secondary conditions and women with physical disabilities: a descriptive study*. Arch Phys Med Rehabil 2000, 81: 1380-1387.
- 21 McKay E et al. *Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature*. J Reprod Med 2001, 46: 337-342.

Vaginismo: fisiopatologia e diagnosi

Alessandra Graziottin

Il vaginismo è un sintomo sessuale frequente e ingravescente. La frustrazione reiterata che comporta l'impossibilità al rapporto può causare una progressiva perdita del desiderio e della capacità di eccitazione, fino al totale evitamento di ogni forma di intimità erotica. Ragioni psi-

codinamiche, relative alle motivazioni inconsce alla scelta del partner, e alla condivisa paura dell'aggressività implicita nella penetrazione, si traducono in circa un terzo dei partner in sintomi di tipo sessuale (deficit erettivo di mantenimento, eiaculazione precoce, caduta secondaria del desiderio). Il vaginismo richiede un approccio multimodale, per trattare in parallelo la componente fobica, la somatizzazione muscolare e le implicazioni psicodinamiche, individuali e di coppia.

Introduzione

La funzione sessuale femminile può essere suddivisa in diversi momenti, utili a comprenderne meglio le implicazioni biologiche e psicoemotive, per l'aspetto sia fisiologico sia patologico¹⁻³. I momenti cardinali, collocabili nei diversi punti di un circuito, sono il desiderio, l'eccitazione-lubrificazione-recettività vaginale, l'orgasmo e la soddisfazione¹. Molte delle sindromi dolorose che compaiono durante o dopo il rapporto sessuale, vaginismo e dispareunia, riconoscono importanti cofattori eziopatogenetici nelle alterazioni di diversi momenti della funzione sessuale stessa^{1,4,6}. Il dolore alla penetrazione, che qualifica la **dispareunia**, o la stessa paura anticipatoria del medesimo, tipica del **vaginismo**, possono causare una caduta secondaria del desiderio e dell'eccitazione che finisce per mantenere il problema disfunzionale e algico, anche dopo la scomparsa della causa scatenante originaria^{4,6}.

Sfortunatamente, mentre gli **aspetti psicodinamici** sono stati ampiamente studiati^{1,3,5,7-9}, così non è stato per i molti aspetti biologici che possono agire come fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento del vaginismo e della dispareunia^{1,4,6}. Esistono inoltre forti controversie sulla "reale" natura del vaginismo^{5,10}, sulle caratteristiche che ne fanno un'entità separata rispetto alla dispareunia, o piuttosto un sottogruppo della medesima, in cui domina il quadro fobico, mentre lo spasmo muscolare è in realtà presente in entrambi questi disturbi sessuali caratterizzati da dolore¹¹⁻¹⁴. Data la mancanza di consenso su questo tema al momento della stesura di questo testo, si è tuttavia ritenuto di mantenere l'autonomia nosografica del vaginismo, segnalando di volta in volta i punti di sovrapposizione fisiopatologica con la dispareunia.

Prevalenza

Il vaginismo è un disturbo sessuale che complessivamente interessa l'1-2% delle donne in età postpuberale, anche se non sono disponibili dati epidemiologici certi. Nelle casistiche cliniche, il vaginismo costituisce il 15-17% della popolazione trattata^{15,16}. Un problema tutt'altro che raro, quindi, contrariamente a quanto pensano le donne (e le coppie) che ne sono colpite. Soprattutto, è un problema ben curabile, senza bisogno di ricorrere ad alcuna chirurgia, non solo inutile ma addirittura dannosa.

Definizioni e implicazioni fisiopatologiche

Nell'accezione clinicamente più usata, il termine **vaginismo** indica un disturbo sessuale caratterizzato da uno spasmo involontario, ricorrente o persistente, dei muscoli che circondano l'entrata della vagina, associato a variabile fobia del coito, ossia all'angoscia della penetrazione (**Figura 68.1**).

Le più recenti definizioni sono riassunte nella **Tabella 68.1**. Il vaginismo è comparso per la prima volta come entità clinica nel

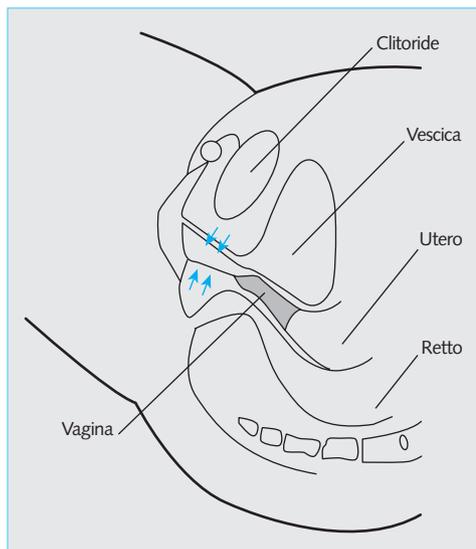


FIGURA 68.1 Sede della contrazione muscolare spastica caratteristica del vaginismo.

DSM-III-R⁷ e da allora è stato presente in tutte le versioni del DSM, inclusa la più recente⁸. La definizione è stata rivista nelle due consensus conferences internazionali dedicate alla nosografia dei disturbi sessuali femminili (DSF)^{2,3}.

La **gravità** del vaginismo è valutabile con due parametri: l'intensità dello spasmo muscolare, che viene descritta in quattro gradi (Tabella 68.2)¹⁷, e l'intensità della fobia, che può essere lieve, moderata o grave¹⁸. È evidente dalla descrizione dell'intensità dello spasmo che il vaginismo di I e II grado rende possibile la penetrazione, che è tuttavia **dolorosa**: si parla in tal caso di **dispareunia**, presente fin dall'inizio della vita sessuale, e quindi primaria (*lifelong*)¹. La dispareunia può riconoscere tuttavia cause molteplici a livello biologico, psicosessuale e relazionale (si veda oltre, il paragrafo "Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia"). Nel vaginismo di III e IV grado, invece, lo spasmo muscolare è così serrato da rendere impossibile il coito^{1,4,6,17,18}. «Mi sembra di avere un muro, lì» è la sensazione più frequente che in questo caso la donna avverte e che ha anche il partner, al punto che spesso i reiterati tentativi di trovare un varco finiscono per provocare una frustrazione tale da indurre un deficit di erezione, in particolare di mantenimento, che a volte è il primo problema portato

TABELLA 68.1 Definizioni di vaginismo.

«Ricorrente o persistente spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che interferisce con la penetrazione» (American Psychiatric Association⁸)

«Spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale, associato o meno a un variabile grado di fobia della penetrazione» (Basson et al.¹)

«Persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate» (Basson et al.²)

TABELLA 68.2 Valutazione di gravità del vaginismo. (Modificata da Lamont JA¹⁷.)

Gradi	Descrizione semeiologica
I	Spasmo dell'elevatore dell'ano, che scompare con la rassicurazione
II	Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica
III	Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica
IV	Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione
XO	Rifiuta la visita

Fobia della penetrazione: lieve moderata grave

in consultazione^{1,18}. Per inciso, si parla in tal caso di "induttore del sintomo" (la donna affetta da vaginismo) e di "portatore del sintomo" (il partner affetto da deficit erettile disfunzionale di mantenimento).

Si tratta di un problema serio, dunque, che nelle sue forme più gravi diventa, per ovvie ragioni, anche causa di sterilità: al punto che il 5-7% delle coppie sterili lo sono in realtà perché non consumano il matrimonio o la relazione. Il vaginismo è infatti la causa femminile più frequente di matrimonio non consumato^{1,4,6,18}.

Eziologia del vaginismo

«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.

Fattori biologici

Le cause "fisiche" del vaginismo primario, ossia presente fin dall'inizio della vita sessuale, sono state tradizionalmente considerate molto rare (meno dell'1% dei casi nella serie personale di chi scrive). In pratica, il principale fattore di ostacolo "meccanico" alla penetrazione può essere costituito da un **imene** particolarmente fibroso e rigido, oppure cribroso o setto, difficile da dilatare^{1,4,6,18}.

Altri fattori fisici possono comprendere sindromi rare, quali l'**agenesia vaginale mülleriana**, tipica della sindrome di Rokitansky, oppure gli **esiti cicatriziali** di traumi genitali accidentali o provocati. Questi ultimi sono esemplificati dalle **infibulazioni** associate a clitoridectomia, ancora in uso in talune popolazioni africane ma che possono giungere all'osservazione anche del medico occidentale data la crescente immigrazione dai Paesi in cui sono diffuse queste pratiche. L'infibulazione oggi tende a essere inclusa nelle cause di dispareunia, in cui lo spasmo muscolare viene considerato difensivo e secondario rispetto al dolore provocato dall'infibulazione¹⁸. La diagnosi di vaginismo resta valida in queste donne quando siano evidenti l'atteggiamento fobico e lo spasmo dell'elevatore.

La **valutazione elettromiografica del muscolo elevatore** ha dimostrato come possa esistere nel vaginismo una componente "miogena"

primaria, caratterizzata da ipertono marcato del muscolo stesso con inversione del comando¹⁹, e che presenta un'elevata comorbidità (56,6% dei casi) con la stipsi ostruttiva primaria. Aspetto questo che sottolinea come l'ipertono muscolare possa anticipare il sintomo sessuale, e sia responsabile della frequente **co-morbidità urologica** (cistiti e sintomi di urgenza), **sessuologica** (vaginismo e/o dispareunia), **ginecologica** (vestibolite vulvare e vulvodinia) e **proctologica** (stipsi ostruttiva, emorroidi) presente in molte di queste pazienti^{1,6, 18-20}.

Le cause fisiche, biologiche, sono invece più frequenti nel provocare uno spasmo del muscolo elevatore che rende il coito doloroso o impossibile e che compare dopo un periodo di rapporti più o meno normali. In passato si parlava allora di **vaginismo secondario**, specie se fosse stato presente anche un atteggiamento acquisito di evitamento della penetrazione. Oggi si tende a usare il termine **vaginismo** per le forme **primarie associate a fobia del coito**, mentre si tende a includere tutte le altre situazioni di dolore provato nel momento della penetrazione sotto il profilo diagnostico della dispareunia (si veda oltre, il paragrafo "Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia")^{4,6,11-13,18}.

La contrazione difensiva dell'elevatore può comparire dopo infezioni vaginali ripetute (specie se causate da funghi), soprattutto se provocano una vestibolite vulvare, quadro di crescente emergenza nella pratica clinica ginecologica e sessuologica^{1,4,6,18,21}; in risposta al dolore associato a distrofie vaginali (ossia alterazioni dell'elasticità e lubrificazione vaginale da carenza ormonale, per esempio in menopausa) o e/o vulvari^{1,4,6,18}, oppure in seguito a endometriosi¹⁸. In questi casi è il dolore al momento della 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 genera, in quelle condizioni, solo sensazioni di bruciore e di fastidio. La contrazione muscolare può arrivare a provocare una vera e propria "mialgia dell'elevatore", con dolore provocato e tender points (cioè punti dolorosi) alla palpazione mediovaginale, in corrispondenza della spina ischiatica, bilateralmente^{1,4,6,18,21,22}.

Fattori psichici

Fattori intrapsichici

Nel vaginismo primario sono più frequenti le **cause psichiche**, che associano la sessualità, e la penetrazione in particolare, a **stimoli negativi**.

- **Tabù e inibizioni educative** («una brava ragazza non lo fa sino al matrimonio»), cui spesso si associa una sopravvalutazione della verginità^{1,5,14,18}.
- **Pregresse violenze, abusi o molestie sessuali**, anche se non è dimostrata una prevalenza amentata degli abusi nelle pazienti vaginismiche^{5,12}. È tuttavia possibile che in alcune di queste pazienti l'iperreattività del sistema neurovegetativo e una sindrome post-traumatica da stress più rilevante possano far somatizzare i postumi dell'abuso, o del vissuto di abuso, nella specifica fobia del coito, tipica del vaginismo.
- **Paura della deflorazione, della gravidanza e del parto** o aver udito racconti drammatici relativi al primo rapporto, alla perdita di sangue, al dolore, che abbiano attivato o slatentizzato una specifica fobia del coito^{14,18}.
- Molte donne vaginismiche hanno un **attaccamento fortissimo alla madre** (o a entrambi i genitori) così che spesso si sentono ancora più "figlie di famiglia" che non spose. Posizione questa spesso condivisa con il marito, a sua volta legatissimo ai propri genitori. È come se ci fosse un cordone ombelicale ancora non tagliato che unisce entrambi alle rispettive famiglie di origine e che

psicologicamente tiene la coppia a 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 si amano molto ma senza (o quasi) sessualità¹⁸.

Dal punto di vista **neurobiologico** è frequente la comorbidità con fobie diverse, e con disturbi d'ansia^{1,6,13,23,24}. Si ipotizza pertanto che nella donna vaginismica esista una vulnerabilità neurobiologica, caratterizzata dall'**ipereattività dell'emozione di comando fondamentale dell'ansia/paura**²⁵, che viene somatizzata nell'area sessuale con la specifica **fobia della penetrazione**. Questa vulnerabilità spiega le frequenti comorbidità con fobie di altro tipo (agorafobia, acrofobia, claustrofobia ecc.), nonché l'efficacia di farmaci quali gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) nel ridurre la fobia della penetrazione, con la sua coorte di sintomi neurovegetativi tipici dell'arousal, di un'eccitazione adrenergica centrale, facilitando quindi la terapia psicosessuale di tipo comportamentale^{1,18}.

Fattori relazionali

«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 perfino con gusto. 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»²⁵. Anche nell'esperienza clinica personale di chi scrive, su una casistica recente di 172 casi, il 32% delle donne vaginismiche ha un partner che soffre di disturbi del desiderio, dell'erezione e/o di eiaculazione precocissima, *ante portam*, spesso mascherati dal più evidente problema della partner.

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. Ricordando che nella coppia esiste spesso un "induttore" del sintomo e un "portatore" del medesimo²⁷, e che i vantaggi secondari della non consumazione (tra i quali, per 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 manifesti un deficit erettivo o un'eiaculazione precocissima quando il vaginismo dell'attuale partner sia risolto, o la caduta di desiderio di uno o di entrambi i partner quando l'ostacolo meccanico, costituito dal vaginismo, sembrava essersi risolto senza strascichi^{18,27}.

Diagnosi

È difficile iniziare una terapia efficace se manca una diagnosi adeguata. Purtroppo, sempre riferendosi all'esperienza personale di chi scrive, il 72% delle pazienti vaginismiche, precedentemente già vi-

ste da altri colleghi, non aveva ricevuto la diagnosi corretta. Il ginecologo si era limitato a 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.

Per inciso, questo intervento di "allargamento" del muscolo ipertonico viene effettuato attraverso un'incisione chirurgica laterale del muscolo elevatore, in anestesia locale o sedazione sistemica. L'intervento mira a separare i ventri muscolari recisi dell'elevatore, così da rendere inefficace la contrazione, dal punto di vista della "chiusura" del muscolo attorno all'entrata vaginale. L'errore sostanziale di questo approccio è evidente: invece di insegnare alla donna a distendere volontariamente il muscolo ipertonico, con appropriata terapia farmacologica e riabilitativa^{1,18}, si agisce tagliandolo. Un approccio che non tiene conto della fisiopatologia dell'ipertono, che può invece essere perfettamente corretto in modo conservativo. L'approccio chirurgico rende il coito possibile "meccanicamente" e questo ne spiega la persistenza nella pratica clinica. La violenza, reale e simbolica, che questo intervento può evocare a livello inconscio per la donna può tuttavia portare al peggioramento della fobia e dell'angoscia relativa alla penetrazione, con il risultato che il rapporto è tecnicamente possibile ma emotivamente inaccettabile.

In realtà, l'interlocutore migliore per la prima valutazione della donna affetta da vaginismo (e quindi della coppia "bianca") è un sessuologo medico o un ginecologo con formazione sessuologica che sappia immediatamente:

- riconoscere il problema, valutando accuratamente il livello di fobia, l'ipertono muscolare, localizzato o sistemico, ed eventuali comorbilità;
- valutarne la gravità complessiva;
- effettuare un'accurata valutazione prognostica, attenta a entrambi i partner e alla coppia come "diade erotica", in questo caso disfunzionale (**Tabella 68.3**);
- inviare correttamente la donna, il partner o la coppia, al/ai colleghi di formazione psicossessuologica, urologica, endocrinologica, e/o riabilitativa o di altra competenza, quando indicato;
- effettuare una terapia multimodale adeguata sia alla complessità disfunzionale del vaginismo, sia alle possibili componenti maschili o relazionali associate.

Troppo spesso, ancora oggi, la diagnosi corretta **non** viene fatta e questo può portare a ritardi terapeutici, a terrorismi e aggressioni verbali, quando non addirittura a interventi chirurgici inutili o, sul fronte opposto, a psicoterapie generiche 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 sessuologici¹⁸. Di converso, la collaborazione multidisciplinare tra il ginecologo-sessuologo, il/la psicoterapeuta, individuale e/o di coppia, e il/la fisioterapista, che condividano la comune conoscenza fisiopatologica del vaginismo, può offrire alla donna e alla coppia la strategia terapeutica più adatta al singolo caso.

Dal punto di vista semeiologico, l'**esame obiettivo** può essere prezioso per cogliere alcuni aspetti importanti.

- Le diverse somatizzazioni e comorbilità dello stato di ansia-fobia¹⁸.
- L'ipertono muscolare, generalizzato, come espressione di uno stato di "allarme" sistemico (*arousal*) associato alla fobia^{5,23,24} o localizzato, sia reattivo alla paura della penetrazione, sia miogeno, per una patologia primaria del muscolo elevatore (simile a una localizzazione pelvica del torcicollo congenito)^{1,6,19}.

TABELLA 68.3 Principali fattori che modulano la prognosi del vaginismo. (Modificata da Graziottin¹⁸.)

Gravità del vaginismo, dal I al IV grado, in base all'intensità della contrazione dei muscoli perivaginali

Grado di fobia: lieve, medio, grave

Anni intercorsi dalla scoperta del problema alla richiesta di aiuto

Eventuale presenza di altre patologie associate

- Fisiche (stipsi, cistiti) e/o
- Psicossessuali (disturbi del desiderio e dell'eccitazione, in particolare)

Grado di stress associato al problema

Motivazione personale alla soluzione

Conflitti inconsci della donna sull'identità o l'orientamento sessuali

Situazione relazionale della donna (single o in coppia)

Qualità di tale relazione

Presenza di eventuali problemi maschili associati

- Disturbi del desiderio, dell'eccitazione, con deficit erettivo, e/o dell'eiaculazione
- Orientamento omosessuale, cui il matrimonio non consumato faccia da copertura

- La presenza di ostacoli meccanici alla penetrazione, quali un imene rigido, cribroso o setto, che, causando dolore, possano avere rinforzato l'atteggiamento fobico nei confronti della penetrazione^{1,6,19}.
- Il "linguaggio del corpo", con cui la donna vaginismica, specie nelle forme di vaginismo severo, di III e IV grado, somatizza lo stato di ansia-fobia in alcuni tratti tensivi caratteristici¹⁸. Essi sono riassumibili in quattro **nodi di tensione**, quattro aree del corpo, di particolare rilievo dal punto di vista emotivo e relazionale, interessate dalla somatizzazione muscolare. La presenza e intensità della somatizzazione dovrebbe essere diagnosticata dal medico sessuologo durante l'esame clinico, anche ai fini della programmazione di un adeguato lavoro terapeutico riabilitativo posturale di tipo fisioterapico e/o bioenergetico.
 - 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 la lesione notturna delle corone dentarie (bruxismo). Questa tensione psicofisica si esprime anche attraverso il respiro breve e superficiale, che poi induce ogni tanto dei respiri, quasi per "prender fiato".

- 2) La **tensione della parte cervicale** dei muscoli paravertebrali. L'ipertono muscolare spiega la rigidità della colonna in quest'area del corpo, spesso associata a tensione delle spalle, rigide e quasi sollevate, quasi a parare un colpo. Questa tensione può contribuire alla comorbilità con le frequenti cefalee "a casco". Inoltre, lo stato di allerta muscolare, nella parte cervicale e peribuccale, concorre alla 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) anche quando la donna si distende semplicemente 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, e la protezione dei genitali con le mani.
- 4) Lo **spasmo difensivo del muscolo elevatore dell'ano**, che circonda la vagina. È l'intensità dello spasmo a condizionare, come già si diceva, la difficoltà o l'impossibilità della penetrazione.

Lo spasmo inoltre perpetua il problema, quando è protratto a lungo negli anni e finisce per associarsi a una diversa **immagine di sé**, a 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 corporeo²⁸. Il lavoro posturale, sistemico e pelvico, si sta rivelando molto positivo e pragmaticamente efficace anche nei confronti dei disturbi sessuali caratterizzati da dolore, quali vaginismo e dispareunia^{18,29}. Nelle **adolescenti**, infine, una diagnosi precoce del sintomo "spia" di un possibile ipertono e/o di un vaginismo, quali la difficoltà a inserire il **tampone** per la protezione mestruale e/o la **stipsi ostruttiva**, è possibile prima del primo rapporto sessuale, già con una semplice anamnesi ben fatta^{18,30}. Questo potrebbe consentire un trattamento breve, per insegnare il corretto controllo e rilassamento del pavimento pelvico, evitando alla giovane donna anni di dolore e lo stigma dell'inadeguatezza sessuale³⁰.

Infine, sia per la diagnosi sia per la prognosi, è importante approfondire anche 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 feedback positivi o negativi che possono attivare, o frenare, la cascata di eventi psiconeuroendocrini che coordinano la risposta sessuale¹⁸. In ambito clinico, l'approfondimento del vissuto, anche dei rapporti "incompleti" tipici delle coppie bianche, è utile per comprendere soprattutto i disturbi secondari e le comorbilità: per esempio, la caduta del desiderio, a volte in entrambi i partner, secondaria all'atteggiamento fobico ed evitante nei confronti della penetrazione. È inoltre preziosa per comprendere le reali motivazioni e la disponibilità al progetto terapeutico, da parte di entrambi i membri della coppia.

Conclusioni

Il vaginismo e la dispareunia rappresentano un frequente motivo di consultazione medica e sessuologica. La fisiopatologia del vaginismo non è stata ancora perfettamente compresa, né sono state risolte le controversie sulla sua natura nosograficamente "autonoma" rispetto alla dispareunia. Dal punto di vista clinico, invece, la diagnosi di vaginismo è facile purché il medico abbia chiari alcuni semplici elementi anamnestici e semeiologici. Quanto più la valutazione prognostica è accurata e articolata nel riconoscere le diverse componenti biologiche, intrapsichiche e relazionali del problema, tan-

to maggiore è la probabilità di instaurare un trattamento personalizzato multimodale, farmacologico, sessuologico e riabilitativo, per trattare la fobia della penetrazione, l'ipertono dell'elevatore ed eventuali cofattori di coppia, con piena soddisfazione per la donna e per la coppia stessa.

Bibliografia

- 1 Plaut, M, Graziottin A, Heaton J. *Sexual dysfunction*. Health Press, Oxford, UK, 2004.
- 2 Basson R et al. *Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definition and classification*. J Urol 2000, 163: 889-893.
- 3 Basson R et al. *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision*. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003, 24(4): 221-229.
- 4 Graziottin A. *Etiology and diagnosis of coital pain*. J Endocrinol Invest 2003, 26(Suppl 3): 115-121.
- 5 Pukall C, Lahaie M, Binik Y. *Sexual pain disorders: etiologic factors*. In: Goldstein I et al. (eds), *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. Taylor and Francis, Londra, UK, 2006, pp. 236-244.
- 6 Graziottin A. *Female sexual dysfunction*. In: Bo K et al. (eds) *Evidence based physiotherapy for the pelvic floor*. Bridging Research and Clinical Practice, Elsevier: Oxford, UK, 2007, (in press).
- 7 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-III-R*. 3rd ed. Revised. American Psychiatric Association Press, Washington, DC, 1987.
- 8 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-IV-TR*. 4th ed. Text Revision. American Psychiatric Association Press, Washington, DC, 2000.
- 9 Leiblum SR. *Vaginismus: a most perplexing problem*. In: Leiblum SR, Rosen RC (Eds), *Principles and practice of sex therapy*. 3rd ed. Guilford, New York, 2000, pp. 181-202.
- 10 Binik et al. *The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction?* Arch Sex Behav 2002, 31: 425-429.
- 11 Reissing ED et al. *Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus*. Arch Sex Behav 2004, 33: 5-17.
- 12 Reissing ED et al. *Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment*. J Sex Marital Ther 2003, 29: 47-59.
- 13 Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. *Does vaginismus exist? A critical review of the literature*. J Nerv Ment Dis 1999, 187: 261-274.
- 14 Harrison CM. *Le vaginisme*. Contraception Sex Fert 1996, 24: 223-238.
- 15 Spector I, Carey M. *Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature*. Arch Sex Behav 1990, 19: 389-396.
- 16 Hirst JF, Baggaley MR, Watson JP. *A four year survey of an inner city psychosexual problems clinic*. Sex Marital Ther 1996, 11: 19-36.
- 17 Lamont J. *Vaginismus*. Am J Obstet Gynecol 1978, 131, 632-636.
- 18 Graziottin A. *Il dolore segreto*. Mondadori, Milano, 2005.
- 19 Graziottin A, Bottanelli M, Bertolasi L. *Vaginismus: a clinical and neurophysiological study*. In: Graziottin A (Guest Ed), *Female sexual dysfunction: clinical approach*. Urodynamic 2004a, 14: 117-121. Online available at <http://www.alessandragraziottin.it>
- 20 Giovannelli C, Graziottin A. *Stipsi e disfunzioni sessuali femminili: il ruolo del proctologo*. In: Graziottin A (Guest Ed), *I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta*. Giornale Italiano di Ginecologia 2006, 6: 277-281.
- 21 Graziottin A, Brotto L. *Vulvar vestibulitis syndrome: clinical approach*. J Sex Marital Ther 2004, 30: 124-139.
- 22 Alvarez D, Rockwell P. *Trigger points: diagnosis and management*. Am Fam Physician 2002, 65(4): 653-660.
- 23 Van der Velde J, Everaerd W. *Voluntary control over pelvic floor muscles in women with and without vaginismic reactions*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999, 10: 230-236.
- 24 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: 328-331.
- 25 Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundation of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York, 1998.
- 26 Choucroun D. *Impénétrée-Impénétrant, où les conflits d'un sex visiteur et d'un sex visité*. Med et Hyg 1982, 40: 1320-1325.

²⁷ Kaplan HS. *Nuove terapie sessuali*. Bompiani, Milano, 1982.

²⁸ Lowen A. *Il piacere*. Astrolabio, Roma, 1984.

²⁹ Bourcier A, McGuire E, Abrams P. *Pelvic floor disorders*. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2004.

³⁰ Graziottin A. *Sexual pain disorders in adolescents*. In: Genazzani A (Ed), *Proceedings of the 12th World Congress of Human reproduction, International Academy of Human Reproduction, Venice, 10-13*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005, pp. 434-449.

Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia

Alessandra Graziottin, Valentina Rovei

Se è di certo corretto interpretare il vaginismo come un disturbo prevalentemente psicosomatico, nel quale il corpo reagisce a schemi mentali negativi con una contrazione spastica della muscolatura vaginale, altrettanto corretto è interpretare la dispareunia in senso prevalentemente somatopsichico, dove il dolore coitale ha una base organica quasi sempre presente, anche se sovente difficile da individuare, su cui si struttura una reattività psicologica negativa.

Introduzione

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore, dispareunia e vaginismo, costituiscono un argomento delicato da affrontare sia per la paziente e la coppia, sia per il medico. Quest'ultimo deve infatti riconoscere la complessità del problema che spesso è multifattoriale, in quanto riconosce cause biologiche, psicosessuali e relazionali, variamente interagenti nel singolo caso.

Il sessuologo dovrebbe altresì evitare una lettura eziologica esclusivamente psicogena, come in modo riduttivo è stato fatto, anche dal punto di vista classificativo, fino a pochi anni fa (ICD-10 e DMS-IV). Solo il dolore da lutto è psicogeno. In tutti gli altri casi, il dolore è il segnale di un danno biologico in corso, da cui l'organismo vorrebbe difendersi. Il dolore sessuale non fa eccezione. In positivo, è proprio grazie a un'accurata anamnesi e a un rigoroso esame obiettivo che il medico può arrivare alla diagnosi eziologica del dolore sessuale, premessa essenziale per una terapia efficace, mirata e personalizzata.

Classificazione dei disturbi sessuali caratterizzati da dolore

La classificazione dei disturbi sessuali femminili (DSF) distingue la **dispareunia** (persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale) dal **vaginismo** (persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espreso desiderio della donna di farlo. Sono spesso coinvolti un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore)^{1,2}.

Dal punto di vista semeiologico deve essere definito per ogni paziente:

- il **tempo d'insorgenza**: primario (*lifelong*) o acquisito, definendo in tal caso le circostanze di comparsa e di mantenimento del sintomo, secondo la donna e il partner, se presente alla consultazione;

- la **relazione tra sintomo e contesto**: generalizzato (sempre e con qualsiasi partner) o situazionale;
- l'**eziologia**: organica, psicogena, mista, sconosciuta;
- il **livello di stress emotivo associato al disturbo**: assente, lieve, medio, grave. È infatti la presenza di un significativo disagio personale che qualifica il sintomo come disturbo meritevole di attenzione clinica, e che dà alla donna e alla coppia la motivazione profonda per compiere con soddisfazione il percorso diagnostico e terapeutico.

Prevalenza

La dispareunia colpisce il 12-15% delle donne in età fertile³ e fino al 45,3%⁴ di quelle in postmenopausa. Il vaginismo, anche se manca una stima più precisa, è causa di dolore nello 0,5-1% delle donne fertili.

Purtroppo, nonostante l'alta prevalenza del disturbo, solo recentemente la dispareunia ha ricevuto una maggiore attenzione medica da parte dei clinici con particolare riferimento ai fattori biologici, predisponenti, precipitanti e di mantenimento, che possono concorrere al dolore coitale⁴⁻¹¹.

Sede del dolore e cause della dispareunia

L'eziologia della dispareunia, nella maggior parte dei casi, è^{4,7-9,11-13}:

- **multifattoriale**, in quanto a questo sintomo possono concorrere fattori biologici, psicosessuali e relazionali (o contesto-dipendenti, in senso lato);
- **multisistemica**, nel senso che la complessa funzione sessuale richiede l'integrità di molteplici sistemi: nervoso centrale e periferico, endocrino, vascolare, immunitario, muscolare, nonché degli ecosistemi colonico e vaginale;
- **complessa**, nel senso che la risultante funzionale e di vissuto complessivo è maggiore della somma delle singole parti, biologiche, psicosessuali e relazionali.

In relazione alla **sede del dolore**, si distinguono dunque tre tipi di dispareunia⁶:

- introitale o superficiale;
- mediovaginale;
- profonda.

La dispareunia introitale e quella mediovaginale sono spesso associate. La donna le assimila in genere in un comune "dolore all'inizio del rapporto".

Dal punto di vista diagnostico tuttavia l'attenzione al dolore mediovaginale è essenziale per cogliere l'elemento semeiologico del dolore mialgico, da contrazione del muscolo elevatore dell'ano, che è diagnosticabile evocando un dolore localizzato (*tender point*) o irradiato (*trigger point*) alla digitopressione dell'inserzione dell'elevatore sulla spina ischiatica, a livello appunto mediovaginale, bilateralmente⁷⁻¹¹ (si veda più avanti, il sottoparagrafo "Semeiologia della dispareunia").

Le cause principali della dispareunia superficiale introitale e mediovaginale possono essere biologiche, psicosessuali e relazionali. Per chiarezza didattica queste tre classi eziologiche vengono tenute distinte, anche se nella realtà clinica sono spesso intrecciate, specie quando la dispareunia è cronica.