

Fisiologia dell'eccitazione sessuale

L'eccitazione sessuale, nella donna come nell'uomo, si esprime a tre livelli:

- 1) *cerebrale*, con attivazione ormono-dipendente di centri e vie, soprattutto dopaminergici, che coordinano le risposte sessuale, neurochimica e vascolare;
- 2) *periferico non genitale*, che include l'aumento della salivazione, la vasodilatazione cutanea, che concorre al senso di calore e di eccitazione generale, l'incremento della secrezione sudoripara e della increzione di feromoni da parte delle ghiandole sebacee, l'erezione del capezzolo;
- 3) *genitale*, con vasodilatazione e congestione genitale. Gli estrogeni consentono al peptide intestinale vasoattivo (VIP, Vasoactive Intestinal Peptide) di tradurre il desiderio e l'eccitazione mentale in lubrificazione vaginale, mentre gli androgeni facilitano l'azione dell'ossido nitrico (NO) che è il neuromediatore più importante per la congestione delle strutture bulbocavernose vestibolari e clitoridee.

L'eccitazione sessuale femminile è *multifattoriale*.

Vi concorrono fattori:

- *biologici*;
- *psicosessuali*, cui concorrono la storia personale, l'educazione sessuale ricevuta, eventuali fattori inibenti di tipo traumatico (molestie e/o abusi), l'immagine corporea, i livelli di autostima e di fiducia nella propria desiderabilità;
- *contesto-correlati*: la qualità dell'attrazione di coppia, dell'intimità fisica ed emotiva, i livelli di conflittualità o di intesa nonché la competenza sessuale e sensuale del/la partner sono fattori essenziali; ad essi vanno aggiunti i fattori correlati al contesto familiare e/o professionale, tra i quali è critico lo stress cronico.

L'eccitazione subisce una potente *modulazione ormonale*: gli androgeni l'aumentano, mentre la carenza di ormoni sessuali la riduce.

Fisiologia dell'orgasmo

L'*orgasmo* è un'esperienza *squisitamente soggettiva*, che si accompagna ad un variabile grado di piacere e ad una perdita graduale della coscienza di sé. Dal punto di vista fisiologico, è un *riflesso sensoriale-motorio*, associato a modificazioni neuroendocrine - tra cui un picco plasmatico di ossitocina -, somatiche e neurovegetative, correlate con una massiccia attivazione cerebrale. L'orgasmo può essere attivato da stimoli fisici e mentali.

L'orgasmo *genitale* richiede l'integrità di:

- fibre nervose: del nervo pudendo (S2, S3, S4) che arrivano al centro midollare periferico dell'orgasmo, costituendo il braccio afferente sensoriale del riflesso orgasmico. Ai neuroni midollari arrivano anche vie cortico-midollari serotoninergiche, ad azione inibente: questo può spiegare l'azione inibente sull'orgasmo degli antidepressivi di ultima generazione, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). È ammessa la presenza anche di vie colinergiche, facilitatorie. Alcuni studi recenti suggeriscono l'esistenza di vie vagali, viscerali, che contribuirebbero all'orgasmo "uterino";
- le strutture cavernose che, congestionate e adeguatamente stimolate, attivano sensazioni piacevoli che verranno poi veicolate per via nervosa al midollo e al cervello;
- i muscoli del pavimento pelvico, e in particolare l'elevatore dell'ano, cui compete la componente muscolare-contrattile del riflesso orgasmico.

Il riflesso midollare breve può attivare la risposta muscolare, caratterizzata dalle contrazioni involontarie dell'elevatore dell'ano, da tre a otto, in sequenza singola o ripetuta. Danni da parto al muscolo elevatore - per feti macrosomi, periodi espulsivi prolungati, parti distocici e/o operativi, rotazioni sacrali dell'occipite - possono ledere le fibre mediali dell'elevatore, riducendo la sensibilità vaginale e la componente muscolare striata dell'orgasmo.

Significative riduzioni della componente muscolare liscia dei corpi cavernosi del clitoride e bulbo vestibolari sono state dimostrate nella donna dalla prima alla sesta decade di vita. Questa *involuzione età-dipendente* delle strutture cavernose preposte all'eccitazione genitale contribuisce al graduale impoverimento dell'intensità dell'orgasmo con l'età, fino alla sua scomparsa.

PATOLOGIA DELLA FUNZIONE SESSUALE

Le definizioni aggiornate dei disturbi sessuali femminili sono riassunte in **TABELLA 47.3**.

I disturbi del desiderio sessuale

Prevalenza

I disturbi del desiderio sessuale interessano il 19% delle donne europee tra i 20 e i 49 anni; la percentuale sale al 32% nelle donne che, nella stessa fascia di età, ab-

TABELLA 47.3 ►►► CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI SESSUALI FEMMINILI

Disturbo dell'interesse e del desiderio sessuale (Women's sexual interest/ desire disorder):

- Desiderio sessuale ipoattivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD): definito come la persistente o ricorrente carenza o assenza di desiderio, fantasie e/o pensieri sessuali, e/o mancanza di desiderio responsivo (all'iniziativa del partner), o recettività per l'attività sessuale, che provochi "personal distress". Le motivazioni per cercare di eccitarsi sessualmente sono scarse o assenti. La mancanza di interesse è considerata eccessiva rispetto alla riduzione normale correlata al ciclo della vita, all'età e alla durata della relazione di coppia.
- Avversione sessuale (Sexual Aversion Disorder): definita come un'ansia estrema e/o disgusto all'idea o ai tentativi di avere qualsiasi forma di attività sessuale.

Disturbo dell'eccitazione (Sexual Arousal Disorder):

- Disturbo soggettivo dell'eccitamento sessuale (Subjective Sexual Arousal Disorder): riduzione o assenza di eccitazione mentale e di piacere sessuale derivante da qualsiasi forma di stimolazione sessuale. La lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione fisica possono ugualmente essere presenti.
- Disturbo genitale dell'eccitamento sessuale (Genital Sexual Arousal Disorder): assente o diminuita eccitazione sessuale genitale. L'anamnesi indica minima congestione vulvare e/o lubrificazione vaginale da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale e ridotte sensazioni genitali dalle carezze genitali. L'eccitazione mentale può ancora essere presente in risposta a stimoli non genitali.
- Disturbo combinato soggettivo e genitale dell'eccitamento sessuale (Genital Sexual Arousal Disorder): riduzione o assenza di eccitazione mentale e consapevolezza di piacere sessuale derivante da qualsiasi forma di stimolazione sessuale, con parallela assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare e/o lubrificazione vaginale).
- Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente (Persistent Sexual Arousal Disorder): eccitazione sessuale spontanea, intrusiva e involontaria (pulsazione, congestione genitale) in assenza di interesse e desiderio sessuale. Ogni consapevolezza di eccitazione soggettiva è tipicamente ma non invariabilmente spiacevole. L'eccitazione non è attenuata da uno o più orgasmi e la sensazione di sgradevole eccitazione può persistere per giorni o mesi.

Disturbo dell'orgasmo (Orgasmic Disorder):

nonostante un adeguato stimolo ed un alto livello di eccitazione sessuale, c'è mancanza di orgasmo, marcata riduzione di sensazioni orgasmiche e marcato ritardo dell'orgasmo derivante da qualsiasi tipo di stimolazione.

Disturbo caratterizzato da dolore sessuale (Sexual Pain Disorders):

- Dispareunia: definita come ricorrente o persistente dolore genitale associato ai tentativi di penetrazione vaginale ("dispareunia superficiale o introitale") o al rapporto sessuale completo ("dispareunia profonda").
- Vaginismo: definito come persistente o ricorrente difficoltà della donna a consentire l'entrata vaginale del pene, di un dito e/o di qualsiasi altro oggetto, nonostante l'espreso desiderio della donna di farlo. Sono presenti variabile evitamento fobico, con anticipazione e paura di dolore, e variabile grado di contrazione involontaria della muscolatura pelvica. Devono essere escluse le anomalie anatomiche.

Per ciascuno di questi disturbi è necessario identificare alcune caratteristiche ulteriori:

- **Insorgenza:** fin dall'inizio dell'attività sessuale (primario) o acquisita dopo un periodo di normalità (secondario)
- **Caratteristiche:** generalizzata (indipendentemente da partner e situazione) o situazionale; a insorgenza rapida o lenta
- **Etiologia:** organica, psicogena, mista o sconosciuta
- **Gravità del "distress" (disagio personale)** associato al problema sessuale

La comorbidità è frequentemente presente nei disturbi sessuali femminili.

Adattata da Basson et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med 1: 40-48, 2004.

biano subito la menopausa chirurgica; infine interessa il 48% delle donne tra i 50 e i 70 anni. Il desiderio sessuale si riduce con l'età, mentre il distress, il disagio causato dalla perdita di desiderio sessuale, è inversamente correlato all'età: è massimo quindi nella donna più giovane.

Eziologia

Le condizioni cliniche che possono causare disturbi del desiderio sessuale *per difetto* (disturbo del desiderio sessuale ipoattivo o HSDD) possono essere primarie e secondarie, biologiche e/o psichiche

TABELLA 47.4 ►►► PRINCIPALI CAUSE BIOLOGICHE DI DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

Endocrine	Ipoestrogenismo Ipoandrogenismo Ipotiroidismo Iperprolattinemia
Disturbi affettivi	Depressione Ansia e/o Fobia
Disturbi neurovegetativi	Vampate di calore Insonnia
Malattie sistemiche Effetti collaterali – di farmaci – di droghe	Anti-depressivi Anti-androgeni Levosulpiride Alcool Droghe (eroina, morfina)
Feed-back genitali negativi	Secchezza vaginale Dispareunia Anorgasmia
Modificata da Graziottin, 2010	

(**TABELLA 47.4**). I disturbi del desiderio sessuale *per eccesso* sono rari e di pertinenza superspecialistica.

Diagnosi

L'anamnesi sessuologica essenziale è riassunta in

TABELLA 47.5.

Di fronte ad un disturbo del desiderio sessuale, il clinico indagherà in particolare su:

- *presenza e frequenza di sogni a contenuto sessuale, e/o di fantasie sessuali*. La loro presenza suggerisce l'integrità delle basi biologiche del desiderio, mentre la loro assenza deve far approfondire gli aspetti biologici e psicosessuali relativi alla storia personale: un'assenza completa può orientare verso una diagnosi di "inibizione sessuale generale";
- *presenza e frequenza di episodi di eccitazione sessuale, mentale e fisica, anche indipendentemente dal rapporto di coppia (su stimoli visivi, un film per esempio, uditivi, olfattivi...)*. Una pronta eccitazione in risposta a stimoli non mirati rassicura sull'integrità degli aspetti biologici e indirizza verso problemi relazionali o contestuali;
- *presenza e frequenza di masturbazione*: indica che il desiderio c'è (e quindi il fronte endocrino/biologico è probabilmente integro), ma viene investito su di sé e non sulla relazione: per solitudine, per non disponibilità fisica o emotiva del/la partner,

per conflitti o per delusioni di coppia;

- *presenza e frequenza dei contatti sessuali non finalizzati al coito*. Può essere indicativa di una mancanza di desiderio limitata alla penetrazione (e quindi alla recettività coitale, associata a vaginismo e /o dispareunia, ma non alla intimità masturbatoria e/o orale);
- *presenza o meno di recettività sessuale*, espressa anche come presenza e frequenza del coito. Se la recettività coitale manca, è necessario indagare la presenza di vaginismo, e/o di dispareunia, in cui il dolore può causare un vero e proprio evitamento dell'intimità e/o di vestibolite vulvare/vulvodinia. In questi casi è evidente come la caduta del desiderio possa essere secondaria a disturbi sessuali caratterizzati da dolore cui il trattamento va orientato.

Per ognuno di questi aspetti si valuterà se il disturbo sessuale:

- fosse presente o meno fin dall'inizio della vita sessuale (primario o secondario);
- se sia presente con ogni partner e in ogni situazione (generalizzato) oppure solo con un partner e/o in specifiche situazioni (situazionale). Quest'ultima possibilità indica la necessità di approfondire gli aspetti eziologici contesto-

TABELLA 47.5 ►►► ANAMNESI SESSUOLOGICA**Benessere generale**

- Come sta (fisicamente e mentalmente)?
- Ha rapporti sessuali?
- Se no, è una Sua scelta? Se sì, come va la Sua vita sessuale?

Funzione sessuale

- Se la Sua vita sessuale è insoddisfacente, qual è il problema principale?
- Non ha (più) desiderio?
- Soffre di secchezza vaginale? Fa fatica ad eccitarsi e ad avere una normale lubrificazione?
- Ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo?
- Prova dolore durante il rapporto? Soffre di cistiti 24-72 ore dopo un rapporto sessuale?
- Se soffre di uno o più di questi problemi, ritiene che fossero presenti fin dall'inizio della Sua vita sessuale (primari) o che siano comparsi o peggiorati successivamente?
- Il problema sessuale che Lei nota è comparso gradualmente o rapidamente?
- Che cosa, secondo Lei, ha causato o peggiorato il Suo problema?

Relazione sessuale

- Ha una relazione di coppia stabile?
- Come va la Sua vita di coppia? È soddisfatta?
- Come sta il/la Suo/a partner, sia come salute generale che sessuale?
- Ritiene che il Suo problema sessuale dipenda più da fattori fisici, da problemi di coppia (per mancanza di amore, di intimità, di dialogo) o da entrambi?
- Il problema di cui soffre è presente in ogni contesto e con ogni partner (generalizzato) o è limitato ad una persona o ad una situazione in particolare (situazionale)?
- È *personalmente* motivata a migliorare la Sua vita sessuale?

Modificata da Plaut, Graziottin & Heaton, 2004

dipendenti (esistenziali, familiari e di coppia);

- la diagnosi più probabile: biologica, psicogena, mista o sconosciuta.

Riassumendo, l'anamnesi deve definire se si tratti o meno di un disturbo del desiderio; se sia primario o secondario ad altre disfunzioni; se le cause siano biologiche, motivazionali-affettive, cognitive o miste. Sul fronte biologico sono utili gli esami ormonali, quando l'anamnesi suggerisca la probabilità di carenze estrogeniche e/o androgeniche. Gli androgeni, nell'uomo come nella donna, sono gli ormoni più potenti nell'attivare il desiderio sessuale istintuale. Le donne sottoposte ad ovariectomia bilaterale (spesso effettuata consensualmente alla isterectomia) vengono private di tutta la produzione androgenica ovarica, con un calo significativo, dell'ordine del 50% del testosterone totale e libero, e del 20-30% dell'androstenedione. Questa carenza di ormoni maschili può provocare la cosiddetta "sindrome da insufficienza di androgeni" (Androgen Insufficiency Syndrome), secondo la Conferenza di Princeton del 2002 (TABELLA 47.6). Tale sindrome è almeno parzialmente reversibile con la somministrazione di androgeni che

TABELLA 47.6 ►►► SINDROME DA INSUFFICIENZA DI ANDROGENI NELLA DONNA

- Caduta del desiderio sessuale
- Ridotta energia vitale e assertività
- Ridotta sensibilità alla stimolazione sessuale del capezzolo e del clitoride
- Ridotta eccitabilità e capacità di orgasmo
- Ridotto tono, forza e competenza muscolare
- Perdita di peli pubici e cute secca

Modificata da Bachman et al., 2002

riportino i livelli plasmatici ai livelli fisiologici normali per l'età.

Aspetti clinici

Il desiderio fisico e la motivazione sono considerate le due forze più potenti che nutrono il desiderio sessuale. Esse possono essere poi modulate dalla valutazione cognitiva, comunque meno rilevante, dai livelli di stress e da fattori concomitanti endogeni ed esogeni.

La valutazione anamnestica, endocrina e l'esame obiettivo sono parte essenziale della diagnosi di disturbo del desiderio ipoattivo.

In sintesi, il ginecologo deve valutare se non esistono fattori genitali anatomico/biologici (imene rigido, vestibolite/vulvodinia, lichen, distrofie vulvovaginali, ipertono/mialgia del muscolo elevatore, tender e trigger points sull'elevatore, endometriosi, esiti di PID, aderenze, fattori iatrogeni postchirurgici) e/o disfunzionali (secchezza vaginale, dispareunia, difficoltà orgasmiche fino all'anorgasmia) che, tramite feedback genitali negativi, possano contribuire a, o causare, una caduta secondaria del desiderio sessuale. In questo senso il ruolo del ginecologo è essenziale per la diagnosi biologica, in quanto nessun altro medico ha le competenze per farla.

Indagini biochimiche

In caso di disturbi del desiderio sessuale generalizzati e di tipo acquisito può essere indicato indagare i livelli plasmatici di: testosterone totale e libero; SHBG; prolattina; FT₃, FT₄, TSH.

Non esiste tuttavia consenso in letteratura sulla reale utilità di questi esami per la diagnosi, ritenuta più "clinica".

L'approfondimento endocrino è indicato se dall'anamnesi non emergono fattori importanti di tipo relazionale, pertinenti alle dinamiche di coppia e/o alla comparsa di specifici problemi sessuali nel partner stesso (disturbi dell'erezione, del desiderio e/o eiaculazione precoce).

In sintesi, gli ormoni sessuali modulano l'intensità del desiderio sessuale ma non la sua direzione verso un particolare partner, che dipende da altri fattori affettivi, erotici e motivazionali. L'integrità della base biologica del desiderio è condizione necessaria ma non sufficiente per una sessualità soddisfacente. La diagnosi sul fronte biologico, che include la valutazione di possibili fattori genitali negativi per la sessualità, è preliminare a quella psicodinamica. Nella donna, come nell'uomo, i fattori psicologici, psicosessuali e culturali modulano la spinta biologica sessuale.

I disturbi dell'eccitazione sessuale femminile

Prevalenza

I disturbi dell'eccitazione sessuale per difetto interessano il 15-19% della popolazione generale, fino al 30-40% delle donne sessualmente attive in postmenopausa.

Eziologia

I disturbi dell'eccitazione riconoscono tre grandi eziologie, sia nei disturbi per difetto sia nei disturbi per eccesso, molto più rari.

Andranno quindi indagati:

■ Disturbi dell'eccitazione per difetto

- 1) a livello biologico
 - la *carenza ormonale di androgeni e/o estrogeni* perché riduce il potente effetto iniziatore e facilitatore che questi ormoni hanno sull'eccitazione centrale, periferica non genitale e genitale. Tra le condizioni biologiche che possono causare un disturbo dell'eccitazione ci sono gli ipoestrogenismi associati ad amenorree (ipotalamiche delle adolescenti, del puerperio e della menopausa); gli stati di ipoestrogenismo relativo, ad esempio in corso di terapia contraccettiva con pillole ultraleggere (contenenti 15 gamma di estrogeni) che possono provocare difficoltà di eccitazione genitale con secchezza vaginale oppure in corso di terapia ormonale sostitutiva (HRT) a basso dosaggio, per minore sensibilità distrettuale agli estrogeni, su base recettoriale, pur con livelli estrogenici sistemici sufficienti per una normale stimolazione in altri distretti corporei. La valutazione del pH vaginale può essere utile, in ambulatorio, con semplice stick: in condizioni di buona estrogenizzazione e con ecosistema in equilibrio il pH dovrebbe essere circa 4,0.
 - l'*eccesso di prolattina*, per il suo effetto inibitore sulle vie dopaminergiche che mediano i comportamenti sessuali proattivi;
 - i *disturbi vascolari*: abuso di fumo, arteriosclerosi, ipertensione, diabete, che con la microangiopatia e la neuropatia che può indurre, è un fattore importante di deficit di eccitazione genitale nella donna;
 - le *distrofie vulvovaginali*: l'età rappresenta da sola un fattore di involuzione delle strutture bulbocavernose e clitoridee, in quanto dalla prima alla quinta decade di vita si ha una riduzione di circa il 50% della percentuale di tessuto muscolare liscio che compone i corpi cavernosi;
 - la *presenza di dolore genitale*, che rappresenta il più potente *inibitore riflesso* dell'eccitazione mentale ma soprattutto genitale: molte donne, che riportano una normale eccitazione durante i preliminari, riferiscono un blocco immediato della stessa, con un'improvvisa secchezza, non appena inizi una penetrazione che cau-

si dolore (come avviene nella dispareunia e nel vaginismo).

- le *malattie neurologiche*: non solo i più evidenti traumi midollari, come succede nelle donne paraplegiche, ma anche fasi iniziali di malattie neurologiche, quali la sclerosi multipla, possono associarsi a disturbi della sensibilità e dell'eccitazione genitale.
- 2) a livello psicosessuale
L'eccitazione, soprattutto mentale, può essere frenata da:
 - *inibizioni educative*, se l'eccitazione viene colpevolizzata come inopportuna, prematura, indegna;
 - *mancanza di intimità emotiva*;
 - *ansia da prestazione*: anche nella donna può causare un picco plasmatico di adrenalina, con conseguente vasocostrizione e ridotta o inibita eccitazione generale e genitale (inibizione della congestione vaginale, clitoridea e bulbocavernosa)
 - *igiene inappropriata del/la partner*;
 - *contesti avversivi*, quando l'eccitazione è stata vissuta, durante molestie, abusi e/o violenze, causando sensi di colpa e/o sentimenti paralizzanti di collusione involontaria, e/o quando si associa ad una sindrome post-traumatica da stress;
 - *non accettazione della direzione del proprio desiderio*: ad esempio, quando la persona non accetta la propria omosessualità, può operare, più o meno consciamente, una censura di tutti i livelli di eccitazione.
- 3) a livello di contesto, relazionale e ambientale:
 - *i sentimenti per il partner e qualità della salute fisica e sessuale del partner* sono tra i fattori predittivi più significativi delle possibili modificazioni della sessualità femminile durante tutta la vita e, in particolare, durante la transizione menopausale;
 - *qualità della relazione di coppia, stili di attaccamento e livello di conflittualità*;
 - *contesti percepiti come inibenti*: ad esempio, per la presenza di genitori o figli nella stanza accanto; per la paura di essere scoperte, soprattutto nelle adolescenti; perché il luogo è insicuro, soprattutto per le coppie che si appartano in auto in contesti rischiosi.

■ Disturbi dell'eccitazione sessuale persistente (Persistent sexual arousal disorder)

I disturbi dell'eccitazione per eccesso sono tali quando causano distress personale e/o interpersonale. L'eziologia può ugualmente essere multifat-

toriale e multisistemica, in genere su base biologica. Rappresentano una patologia superspecificistica per cui si rimanda ai testi di riferimento.

Diagnosi

Nei disturbi dell'eccitazione per difetto il sintomo principe è la secchezza vaginale. L'anamnesi, dovrà indagare *la difficoltà a ottenere o mantenere una sufficiente eccitazione sessuale*:

- *mentale*: "Ha difficoltà a sentirsi mentalmente eccitata o comunque coinvolta?" È essenziale approfondire il livello di desiderio, la qualità della relazione di coppia, il livello di intimità emotiva e di dialogo, la presenza o meno di problemi di salute generali e/o sessuali nel partner;
- *genitale*: questa difficoltà può essere espressa come mancanza di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) e quindi con secchezza vaginale e/o con mancata eccitazione/congestione clitoridea e dei corpi cavernosi o di altre risposte somatiche.

L'esame obiettivo, orientato in base all'anamnesi, dovrà valutare la presenza di distrofia vulvovaginale, inclusiva della valutazione del pH, di involuzione clitoridea, associata o meno a lichen sclerosus, di iposensibilità cutanea e/o di cause di dolore che possano causare una inibizione riflessa dell'eccitazione mentale e soprattutto genitale.

Gli esami strumentali saranno orientati in base all'anamnesi. Potranno includere i dosaggi ormonali, oltre a valutazioni più specialistiche quando suggerito dall'anamnesi; valutazione del profilo anticorpale in caso di sospetto di sindrome di Sjogren; valutazione neurologica in caso di sospetta sclerosi multipla.

I disturbi dell'orgasmo

L'assenza, parziale o totale, dell'orgasmo rappresenta uno dei più frequenti disturbi sessuali nella donna. Essa è caratterizzata da una *inibizione selettiva del riflesso orgasmico, generalizzata o limitata ad alcuni "trigger", ossia ad alcuni tipi di stimolazione/sensazione*. Ad esempio ci può essere presenza di orgasmo da stimolazione clitoridea ma assenza di quello coitale. L'inibizione dell'orgasmo può essere *isolata*, e quindi possono essere normalmente integri il desiderio, l'eccitazione e la conseguente congestione pelvica, oppure l'anorgasmia può essere *associata a comorbidità*, e quindi a riduzione del desiderio, dell'eccitazione e/o a presenza di dolore sessuale.

Prevalenza

La difficoltà orgasmica è riportata genericamente nel 15-20% delle donne sessualmente attive. Quando

l'analisi distingue tra i diversi tipi di orgasmo, circa il 10% delle donne lamenta l'impossibilità di averlo in modo assoluto, mentre circa il 50% lamenta una variabile incapacità limitata all'orgasmo coitale.

Eziologia

Anche l'eziologia dei disturbi dell'orgasmo può essere *multifattoriale e multisistemica*.

Andranno quindi considerati:

■ i fattori biologici

- 1) *ormonali*, per l'effetto della carenza, assoluta o relativa, di:
 - *androgeni*, e quindi con frenata della risposta orgasmica genitale, in particolare clitoridea e bulbovestibolare, per la riduzione della responsività della componente muscolare liscia dei corpi cavernosi;
 - *estrogeni*, per l'inadeguata preparazione della piattaforma orgasmica, soprattutto nella forma dei tessuti vascolari congesti perivaginali e periuretrali;
- 2) *invecchiamento-dipendenti*: la riduzione, istologicamente documentata, di circa il 50% della muscolatura liscia dei corpi cavernosi, dalla prima alla sesta decade di vita, può contribuire all'impoverimento età-correlato della qualità dell'orgasmo, sia in termini di tempo e di intensità di stimolazione per ottenerlo, sia di intensità delle sensazioni e del numero di contrazioni muscolari associate all'orgasmo stesso;
- 3) *distrofici*, soprattutto quando le forme di lichen sclerosus interessino a tutto spessore anche le strutture bulbo-cavernose vestibolari e clitoridee;
- 4) *iatrogeni*, dovuti all'effetto collaterale di:
 - *farmaci*, in particolare per l'effetto dei farmaci antidepressivi, sia del tipo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sia dei triciclici; a volte anche gli antiandrogeni possono causare una inibizione selettiva (e reversibile) dell'orgasmo;
 - *interventi chirurgici* che abbiano leso il nervo pudendo (riducendo l'afferenza sensitiva); oppure colpoplastiche che, causando una riduzione della abitabilità vaginale e quindi dispareunia, possono inibire in modo riflesso l'eccitazione, la formazione della piattaforma orgasmica e il raggiungimento dell'orgasmo;
 - *interventi ostetrici* (parti operativi con forcipe e/o ventosa), parti con feti macrosomi, oppure rotazione posteriore dell'occipite, e/o

periodi espulsivi prolungati, ossia tutte le condizioni in cui siano state lese le parti mediali dell'elevatore dell'ano, cui spetta la componente efferente, muscolare e quindi motoria del riflesso orgasmico. Parto e danni ostetrici sono la causa più frequente di anorgasmia coitale acquisita secondaria all'ipotono, di varia gravità, dell'elevatore dell'ano.

- *radioterapia pelvica*, per carcinomi cervicali, o anali, o vescicali, che può inibire l'orgasmo con una modalità complessa (da vasculopatia e neuropatia) cui va aggiunto l'effetto inibitorio riflesso da dispareunia per ridotta lubrificazione e ridotta abitabilità vaginale.
- 5) *tossicologici*: alcool o droghe, quali marijuana, morfina o eroina, che con varia potenza deprimono l'attività del SNC e possono inibire l'orgasmo attraverso un'azione sedativa complessa sia sul desiderio, sia sull'eccitazione mentale, soprattutto nell'abuso cronico. Inizialmente alcool e marijuana, per l'effetto blandamente ansiolitico, possono avere un effetto facilitatorio sull'orgasmo (perché possono ridurre l'ansia da prestazione grazie ad un generale effetto disinibitorio);
 - 6) *neurologici*, per esempio da sclerosi multipla, che può ledere la componente nervosa dell'orgasmo;
 - 7) *muscolari*:
 - da ipotono marcato, raramente primario, in genere secondario, in particolare a traumi ostetrici;
 - da ipertono, per inibizione riflessa causata dal dolore durante i tentativi di penetrazione (dispareunia);
 - 8) *traumatici*:
 - *accidentali*: per cadute con trauma coccigeo. Si può in tal caso avere una sindrome compressiva del pudendo (S2-S3-S4) che può estrinsecarsi, anche anni dopo il trauma, con un deficit dell'orgasmo, oltre a parestesie vulvari e clitoralgie;
 - *sportivi*, con microtraumi cronici: una sindrome compressiva cronica a carico del pudendo, descritta nelle cicliste (ma anche nelle amanti dello spinning) può causare un impoverimento della qualità orgasmica, oltre che a parestesie genitali;
 - *rituali*: le mutilazioni genitali, con lesione del clitoride e delle strutture bulbovestibolari, possono causare una lesione parziale o totale della capacità orgasmica genitale;

9) *vascolari e dismetabolici*:

- fumo, arteriosclerosi, ipertensione, possono causare una comorbidità tra disturbi dell'eccitazione e dell'orgasmo;
- il diabete può causare un danno orgasmico per la neuropatia che lo caratterizza e che può complicare il danno sull'eccitazione e sull'orgasmo secondario alla microangiopatia, specie in condizioni di cronico cattivo controllo glicemico;
- il priapismo clitorideo, in genere da causa idiopatica, può causare anorgasmia in quanto la clitoralgia che lo caratterizza rende intollerabile qualsiasi stimolazione sessuale genitale ;

10) *urologici*: da instabilità detrusoriale o vescica iperattiva, che causi un'incontinenza da urgenza all'orgasmo: molte pazienti riportano allora un'inibizione selettiva dell'orgasmo per la paura che la perdita di urina si ripeta.

- i fattori psicosessuali:
 - analfabetismo erotico e inibizioni sessuali sono le cause principali di anorgasmia primaria.
 - depressione, stress cronico e ansia da prestazione sono le cause funzionali principali dell'anorgasmia secondaria.
- i fattori contesto-correlati:
 - conflittualità di coppia, insoddisfacente intimità, abusi verbali o fisici possono causare una inibizione selettiva dell'orgasmo o un più generale disinvestimento dall'intimità sessuale.

Diagnosi

La diagnosi richiede anzitutto una precisazione accurata del disturbo e una visita ginecologica scrupolosa. Di fronte all'affermazione “non ho l'orgasmo” è molto importante riconoscere di quale forma si tratti, anche per poter poi scegliere il percorso terapeutico più efficace.

L'*anamnesi* è volta a diagnosticare se la mancanza di orgasmo è primaria (se l'orgasmo non è mai stato percepito in alcuna forma) o secondaria (se compare dopo un periodo di normale responsività, ed è quindi acquisita); assoluta (nessuna forma di orgasmo è mai stata percepita, in alcuna situazione e con alcun partner: quindi si tratta di un'impossibilità generalizzata) o relativa (limitata ad un aspetto della stimolazione, ad una situazione e/o ad un partner): è il disturbo più frequentemente portato in consultazione.

L'*esame obiettivo*:

- *generale*: può suggerire e/o confermare problemi generali quali un ipotiroidismo, una depressione, clinicamente evidente o “mascherata”, anemie, cali

ponderali significativi, malattie generali dismetaboliche, neurologiche, vascolari; traumi midollari;

- *sessuologico genitale*:
- *ispezione*: aspetto dei genitali esterni, con particolare attenzione a dimensioni e trofismo clitorideo e dei genitali esterni; eventuale priapismo clitorideo; eventuale involuzione delle piccole labbra; presenza di lichen sclerosus; traumi genitali e loro esiti cicatriziali (rituali: da infibulazione; accidentali); danni iatrogeni (ostetrici; attinici, dopo radioterapia genitale);
- *palpazione*: valuterà la presenza di clitoralgie; di punti di dolorabilità in caso di disturbi sessuali caratterizzati da dolore e in particolare di dispareunia; valuterà tono, trofismo e competenza motoria del muscolo elevatore dell'ano; eventuali asimmetrie del muscolo elevatore che suggeriscano una patologia neurogena o miogena; danni attinici.

L'adeguatezza dell'approccio diagnostico, anamnestico e semeiologico, al disturbo orgasmico indirizzerà in modo ottimale la scelta di eventuali esami strumentali e la strategia terapeutica, medica, psicosessuale o relazionale.

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore, sono tra i più frequenti e meno diagnosticati disturbi algici in ambito pelvico. Il ginecologo è il medico con la massima probabilità di fare una diagnosi etiologica adeguata, perché possiede il bagaglio più completo di conoscenze fisiopatologiche necessarie per la diagnosi differenziale.

Dispareunia

PREVALENZA. La dispareunia colpisce il 12% delle donne in età fertile, fino al 31% di quelle in postmenopausa. Nonostante l'alta prevalenza del disturbo, quasi tutti gli studi si sono concentrati sugli aspetti psicodinamici e relazionali, e solo recentemente la dispareunia ha ricevuto una crescente attenzione medica da parte dei clinici.

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

- 1) introitale o superficiale
 - 2) medio-vaginale
 - 3) profonda
- 1) Cause *dispareunia superficiale introitale e medio-vaginale*
 - **Biologiche (TABELLA 47.7)**
 - *ormonali* (perdita di estrogeni e di androgeni),

- con conseguenti distrofie vulvo-vaginali;
 - *psicosessuali* (vaginismo; disturbi dell'eccitazione, perdita di desiderio);
 - *infiammatorie* (vaginite, vestibolite/vulvodinia, cistite post-coitale, secondaria 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; il ruolo chiave del mantenimento dell'infiammazione e della cronicizzazione del dolore spetta al mastocita);
 - *muscolari* (ipertono, mialgia tensiva del pavimento pelvico);
 - *iatrogene* (effetti collaterali della chirurgia perineale e della chirurgia pelvica);
 - *neurologiche* (neuropatie sistemiche e periferiche);
 - *connettivali e immunitarie* (sindrome di Sjogren);
 - *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, ad esempio in corso di radioterapia pelvica);
 - *neuropatiche* in cui dal punto di vista eziopatologico è in gioco una particolare vulnerabilità dei sistemi del dolore periferici e centrali che vengono iperattivati dal fattore di crescita dei nervi (Nerve Growth Factor, NGF), prodotti dal mastocita iperattivo in caso di infiammazione cronica. 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 tra cui la dispareunia da vestibolite vulvare e vulvodinia.
 - **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, che si somatizza anche in un ulteriore ipertono difensivo del muscolo elevatore dell'ano.
- 2) Cause di *dispareunia profonda*
- endometriosi
 - malattia infiammatoria pelvica (PID)

TABELLA 47.7 ►►► PRINCIPALI CAUSE BIOLOGICHE DELLA DISPAREUNIA

Introitale e medio-vaginale

- Vestibolite vulvare/vulvodinia
- Ormonale/ distrofica
- Infiammatoria (vaginiti)
- Muscolare
- Iatrogena
- Traumatica
- Neurologica
- Vascolare
- Connettiva e immunologica

Profonda

- Endometriosi
- Malattia infiammatoria pelvica (PID)
- Dolore pelvico cronico (CPP)
- Varicocele
- Esiti di radioterapia pelvica
- Dolore riferito da mialgia

- dolore pelvico cronico
- il varicocele pelvico
- dolori riferiti, soprattutto a genesi mialgica da trigger points, specie sul muscolo elevatore dell'ano
- esiti di radioterapia
- sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES, Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) e pelvici.

Le prime tre sono le più frequenti.

SEMEIOLOGIA E DIAGNOSI. *Sede e caratteristiche del dolore, e caratteristiche di comparsa del medesimo*, sono i *fattori predittivi* più importanti della eziologia organica della dispareunia. Anamnesi accurata ed esame obiettivo attento a diagnosticare e descrivere accuratamente la “*mappa del dolore*” sono essenziali per la diagnosi. Il ginecologo è il medico con la maggiore competenza per diagnosticare accuratamente l'eziologia organica della dispareunia.

Un'accurata anamnesi deve indagare:

- *dove* la signora *prova dolore*: se in sede *introitale* (vestibolite/vulvodinia, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraenti, esiti iatrogeni di chirurgia vaginale; *medio vaginale-laterale* (ipertono dell'elevatore fino a mialgia con tender e/o trigger points); *medio vaginale-anteriore* (cistalgia, trigonite, uretrite); *introitale e medio-vaginale posteriore* (ragadi,

- esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo) o *vaginale profonda* (endometriosi, PID, dolori riferiti etc);
- *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);
 - *quanto a lungo prova dolore: se solo durante il coito* oppure anche dopo il rapporto, fino a due, tre giorni dopo o più. Questo sintomo che, insieme alla sede introitale del dolore, suggerisce immediatamente la presenza di vestibolite vulvare/vulvodinia, a genesi molteplice: infiammatoria - da *Candida*, vaginosi batterica inclusa *Gardnerella*, HPV, meccanica, da ipertono elevatore e micro-trauma della mucosa dell'introito vaginale quando il rapporto avviene in condizioni di scarsa/assente lubrificazione; psicosessuale - da blocco riflesso della lubrificazione a causa del dolore e/o della fobia associata all'idea della penetrazione;
 - *quali sono i sintomi associati: a) urinari* (con stimolo minzionale post-coitale, presente nell'80% dei casi, fino a franche cistiti post-coitali); b) intolleranza alla frizione sui vestiti o stimolazioni manuali durante il petting; c) intolleranza all'inserimento di un tampone per la protezione intima mestruale (in circa il 30% dei casi): sintomo suggestivo di un ipertono dell'elevatore, che può predisporre alla dispareunia anche le ragazze che non abbiano ancora avuto rapporti sessuali; d) comparsa di dolore con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica (90% dei casi) che rappresenta quindi uno strumento diagnostico cardinale nella maggioranza delle pazienti.

L'esame obiettivo, finalizzato a riconoscere la "mappa del dolore", consente di completare la diagnosi e di definire l'eziologia, la prognosi e la terapia della dispareunia, con variabile risoluzione del sintomo a seconda della eziologia, di altri sintomi sessuali associati, della durata e del significato del sintomo, nonché delle implicazioni relazionali, prima di una efficace presa in cura.

Vaginismo

Prevalenza ed eziologia

Il vaginismo interessa probabilmente lo 0,5-1% della popolazione.

L'ultima definizione di vaginismo (2004) raccomanda di escludere le cause relative ad anomalie anatomiche, perché queste rientrerebbero nel capito-

lo delle cause biologiche di dispareunia.

- Cause **biologiche** di *vaginismo primario* ossia presente fin dall'inizio della vita sessuale, vanno inclusi due fattori:
 - la *fobia della penetrazione*: lungi dall'essere solo un problema "psicologico", la fobia ha una solida base neurobiologica. La lettura neurobiologica del disturbo consente di comprendere meglio l'indicazione all'uso di farmaci (SSRI e ansiolitici) che attenuino il terremoto neurovegetativo e la sofferenza psichica associati alla fobia stessa;
 - l'*ipertono miogeno* del muscolo elevatore: lo studio elettromiografico e l'esperienza clinica dell'Autrice indicano come un sottogruppo di pazienti presenti un ipertono molto elevato del muscolo elevatore, ("ipertono miogeno") anche con modesta fobia della penetrazione, che appare essere reattiva al dolore. Si tratta di ipertoni resistenti alle convenzionali terapie sessuologiche e riabilitative, incluso il biofeedback elettromiografico, e che richiedono iniezioni periodiche di tossina botulinica, in associazione al trattamento standard, per essere migliorate e consentire la penetrazione. Tali ipertoni severi, ancora poco studiati nella genesi e nelle implicazioni di comorbidità, anche ostetriche, possono cointroindicare il parto per via vaginale, in quanto richiedono episiotomie allargate, e spesso comportano parti operativi ed esiti traumatici per madre e bambino.

Alcuni Autori attualmente suggeriscono di considerare come *entità nosografica a sé solo il vaginismo primario*, in cui la risposta muscolare di contrazione riflessa avverrebbe *in assenza* di qualsiasi causa biologica di dolore introitale, e di inserire invece il vaginismo secondario nel più grande capitolo della dispareunia. In realtà, anche il vaginismo primario ha solide basi biologiche, oltre che psicogene. Sono necessari ulteriori studi per differenziare e caratterizzare meglio i diversi sottotipi di vaginismo, che hanno probabilmente eziologie molteplici e richiedono approcci terapeutici molto diversificati.

Il consiglio pratico, in caso di vaginismo, è di visitare la donna accuratamente - e con delicatezza - così da avere una diagnosi articolata sia sul fronte biologico, sia su quello psicosessuale.

- Cause **psichiche** di vaginismo primario sono molto più frequenti:
 - stimoli negativi associati alla sessualità e, in particolare, alla penetrazione;
 - tabù e inibizioni educative 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;
- paura dell'aggressività sessuale, spesso condivisa dal 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. Nella coppia esiste spesso un "induttore" del sintomo e un "portatore" del medesimo; i vantaggi secondari della non consumazione (tra i quali, ad esempio, il tenere bassa l'ansia sessuale) possono indurre inconsciamente la coppia a mantenere il sintomo o a spostarlo dall'uno all'altro partner, con forma diversa.

Diagnosi

La gravità del vaginismo è valutabile con due parametri: l'intensità dello spasmo muscolare, che viene descritta in quattro gradi (TABELLA 47.8), e l'intensità della fobia, che può essere lieve, moderata o grave. 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. Il vaginismo è infatti la causa femminile più frequente di matrimonio non consumato (MNC).

Purtroppo, 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." 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.

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, ascoltando con cura le parole della paziente e osservandone il comportamento di evitamento nei confronti della visita, in genere accompagnato da ansia generalizzata;
- valutarne la gravità;
- effettuare una terapia medica e sessuologica adeguata, di tipo comportamentale, in cui vengono integrati aspetti educazionali, psicodinamici, riabilitativi, farmacologici e relazionali.

■ RELAZIONE DI COPPIA

Un terzo aspetto importante della sessualità riguarda la relazione di coppia, omo- o eterosessuale, al-

TABELLA 47.8 ►►► VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DEL VAGINISMO

Gradi	
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

Modificata da Lamont J.A., Am. J. Obst. Gyn. 131,632,1978

l'interno della quale si manifesta la sessualità adulta.

Il medico, abituato a rapportarsi al singolo e unico paziente, deve tener presente che la sessualità adulta è (quasi) sempre in rapporto a qualcuno, la cui presenza – reale e simbolica – può rivelarsi critica per la comprensione del problema portato in consultazione.

Nella coppia, esistono spesso un "induttore" e un "portatore" del sintomo, al punto che a volte il coniuge che lamenta il problema è solo la voce con cui l'altro esprime il proprio disagio. Si pensi, ad esempio, alla caduta di desiderio, nella donna, per persistenti deficit di erezione del partner, oppure per la mancanza di dialogo o di intimità emotiva; o, ancora, alle anorgasmie coitali in donne il cui partner è in realtà eiaculatore precocissimo. Sono quindi importanti *l'attenzione alle dinamiche di coppia, alla qualità dell'intimità, dell'intesa erotica e della soddisfazione in entrambi i partner.*

■ ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

La terapia dei disturbi sessuali femminili (FSD), coerentemente alla diagnosi, sarà orientata in modo multifattoriale (biologico, psicosessuale e relazionale) e multisistemico. Essa richiede pertanto un gruppo di lavoro multidisciplinare, così da poter personalizzare il trattamento con equilibrio di sguardo clinico tra fattori biologici, psicologici e relazionali.

La prognosi è migliore quando l'eziologia sia prevalentemente biologica e secondaria ad alterazione dei profili ormonali sistemici e/o locali. Verranno qui brevemente esaminate solo le principali opzioni terapeutiche mediche dei FSD, nella loro applicazione clinica di primo livello, mentre si rimanda a testi specifici per le terapie più complesse di tipo psicologico e sessuale.