

# Sessualità e fisiopatologia sessuale

ALESSANDRA GRAZIOTTIN

## IN SINTESI

- ▶ La sessualità umana si esprime in tre dimensioni: *identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia*. Può avere finalità affettive, procreative, ricreative, strumentali.
- ▶ La sessualità umana è *multifattoriale*: ad essa concorrono fattori *biologici, psicoemotivi e contesto-correlati*, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale, religioso e sociale.
- ▶ La sessualità umana è *multisistemica*: dal punto di vista biologico la funzione sessuale dipende dall'integrità e dall'interazione tra sistema nervoso, vascolare, ormonale, metabolico, muscolare e immunitario.
- ▶ La funzione sessuale comprende desiderio, eccitazione (con congestione/lubrificazione, nella donna ed erezione, nell'uomo), orgasmo (con eiaculazione, nell'uomo) e soddisfazione. È espressione dell'interazione tra fattori biologici, psicoemotivi e correlati al contesto di coppia ma anche familiare e socioculturale. Può avere finalità affettive, procreative, ricreative, strumentali.
- ▶ Le disfunzioni sessuali femminili (FSD, *Female Sexual Disorders*) comprendono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo e i disturbi sessuali caratterizzati da dolore. Questi ultimi includono la dispareunia, il vaginismo e i disturbi sessuali non coitali.
- ▶ Le disfunzioni sessuali maschili (MSD, *Male Sexual Disorders*) comprendono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione (deficit erettivo), dell'eiaculazione, dell'orgasmo e la dispareunia maschile.
- ▶ La crescente importanza riconosciuta alla sessualità per la qualità della vita aumenta la probabilità che il/la paziente desideri consultare il proprio medico su temi di questo tipo.
- ▶ La consulenza sessuologica richiede rigore diagnostico nell'anamnesi, nell'esame obiettivo, nella richiesta di esami ematochimici e strumentali. Richiede inoltre sensibilità, capacità di ascolto e di empatia.
- ▶ Le cause dei disturbi sessuali femminili e maschili sono molteplici, specie nei disturbi di lunga durata. Coerentemente alla diagnosi, la terapia deve essere orientata in modo multifattoriale (biologico, psicosessuale e relazionale) e multisistemico.

La sessuologia è la scienza che studia la sessualità (*identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia*) in condizioni *normali e patologiche* (Tabella 8.1).

La sessualità umana presenta nei due sessi molte somiglianze legate alla biochimica di base: 45 cromosomi su 46 sono in comune nei due sessi. Questo spiega le numerose *similarità*: biochimiche, metaboliche, vascolari, nervose, ormonali, immunitarie, muscolari, in cui le differenze sono a ben vedere più quantitative che qualitative.

Le *differenze anatomiche e di compito riproduttivo (dimorfismo sessuale)* tra i due sessi sono condizionate dal cromosoma Y. Il programma biologico di base è femminile. Feti con 45 cromosomi (45, XO), affetti da sindrome di Turner, si sviluppano somaticamente come femmine, ancorché sterili.

Dal cromosoma Y, dall'attività dei geni che esso contiene e delle molecole specifiche che essi codificano, dipende il *dimorfismo somatico*, ossia l'insieme delle differenze fisiche, incluse le cerebrali, tra corpo maschile e femminile. Queste differenze, scritte nella biologia, sono state *amplificate e polarizzate* dalla cultura, dalla religione, dai contesti socioculturali.

Queste differenze, scritte nella biologia, sono state *amplificate e polarizzate* dalla cultura, dalla religione, dai contesti socioculturali.

**Tabella 8.1** COMPONENTI DELLA SESSUALITÀ UMANA FEMMINILE E MASCHILE

Fisiologia		Patologia
Identità sessuale:	di genere di ruolo di méta	Disturbi dell'identità o disforie di genere
Funzione sessuale:	desiderio eccitazione orgasmo eiaculazione (nel maschio) soddisfazione	Disturbi: del desiderio sessuale dell'eccitazione sessuale dell'orgasmo dell'eiaculazione della soddisfazione sessuali caratterizzati da dolore
Relazione di coppia:	eterosessuale omosessuale	Patologie della relazione di coppia

### Caratteristiche della sessualità umana

La sessualità umana è *multifattoriale*: ad essa concorrono fattori *biologici*, *psicoemotivi* e *contesto-correlati*, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale e sociale. È *multisistemica*: dal punto di vista biologico la funzione sessuale dipende dall'integrità e dal coordinamento tra sistema nervoso, vascolare, ormonale, muscolare, metabolico e perfino immunitario.

La sessualità umana si esprime in tre dimensioni: identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia, interagenti tra loro.

- 1) L'*identità sessuale* comprende l'identità di genere, di ruolo, di méta o orientamento (ossia il genere sessuale della persona desiderata);
- 2) La *funzione sessuale* comprende il desiderio sessuale, l'eccitazione, l'orgasmo (con eiaculazione nell'uomo) e la soddisfazione;
- 3) La *relazione di coppia* comprende le dinamiche affettive d'amore, passione, intimità; gli stili comunicativi, le dinamiche di potere e controllo; il rapporto sessuale e la sua qualità; il tipo di relazione rispetto al genere dei partner (eterosessuale o omosessuale).

La sessualità ha molteplici *significati e finalità*. Può esprimere:

- 1) emozioni positive come affetto, amore, passione, bisogno di intimità emotiva e fisica (*sexus amoroso*), o negative, quali odio, distruttività, sadismo;
- 2) voglia fisica, attrazione, gusto del piacere erotico e/o della trasgressione (*sexus ricreativo*);
- 3) desiderio di un figlio (*sexus procreativo*);
- 4) bisogno di ottenere dei vantaggi emotivi personali (tacitare ansia, angoscia, solitudine, fame d'amore, scaricare tensione, confermare la propria identità o il proprio potere), relazionali (ridurre l'aggressività del partner, ottenere attenzione e così via), o vantaggi oggettuali (denaro, oggetti, viaggi, facilitazioni, carriera) (*sexus strumentale*).

Più motivazioni possono essere co-presenti. Possono cambiare nel tempo e/o nella stessa persona e coppia a seconda della fase della vita personale e della relazione.

*Fattori socioculturali* condizionano il tipo di educazione sessuale, il sistema di valori di riferimento, il grado di polarizzazione dei ruoli nella coppia, gli stereotipi sessuali, il livello di libertà sessuale, la percezione di eventuali problemi, le modalità di espressione verbale del disturbo sessuale, la ricerca o meno di aiuto terapeutico. Possono modulare la *percezione del problema sessuale*, i *tabù* che ne inibiscono la verbalizzazione, e quindi il ricorso al medico, e le stesse *modalità di espressione verbale* del disturbo sessuale.

Il *significato dell'intimità sessuale*, della soddisfazione o insoddisfazione affettiva e sessuale, e del problema sessuale stesso per la donna, per l'uomo e per la coppia influenzano il vissuto che ne deriva, la probabilità di ricorso al medico o allo psicossessuologo, la prognosi, la compliance alla terapia e la variabilità del risultato terapeutico.

Le *disfunzioni sessuali, maschili* (MSD, *Male Sexual Disorders*) e *femminili* (FSD, *Female Sexual Disorders*), possono esprimersi in un *continuum* dalla *insoddisfazione* (con potenziale integrità della risposta fisiologica ma frustrazione emotivo-affettiva) alla *disfunzione* (con o senza modificazioni patologiche) alla *patologia* francamente radicata nel biologico.

MSD e FSD possono causare un variabile grado di *disagio e sofferenza (distress) personale e interpersonale*. Nell'uomo e nella donna, differenti disfunzioni sessuali possono coesistere: si parla di *comorbidità sessuale*. Ad esempio, nell'uomo un disturbo dell'erezione può causare e associarsi a un disturbo del desiderio; nella donna, un disturbo del desiderio può coesistere con un disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo. La comorbidità sessuale è più frequentemente riportata dalle donne.

Una seconda importante *comorbidità* è presente, *in uomini e donne, tra condizioni mediche e disfunzioni sessuali*: basti

pensare al diabete e alle sue ripercussioni sull'eccitazione e sull'intera funzione sessuale; alle malattie cardiovascolari che, insieme al diabete, sono la causa principale di disfunzioni erettive nell'uomo e, seppur finora sottostudiate, di disfunzioni sessuali anche nella donna; alle disfunzioni ormonali; alle malattie neurologiche e psichiatriche; nella donna, in particolare, alla frequente comorbidità tra disfunzioni sessuali, disfunzioni del pavimento pelvico (ipotonico e ipertonico) e disfunzioni urologiche – quali incontinenza da sforzo, da urgenza o mista o cistiti – o proctologiche, quali stipsi o emorroidi.

## IDENTITÀ SESSUALE

### Fisiologia

L'*identità sessuale* indica la *percezione sessuata* che ognuno ha di se stesso/a. Risulta dall'insieme di:

- 1) *identità di genere*, ossia la rappresentazione intrapsichica che ognuno di noi ha della propria identità di uomo o donna, modulata dalla soddisfazione o meno con cui la vive;
- 2) *identità di ruolo*, relativa al vissuto del proprio ruolo sociale, maschile o femminile. Oggi è possibile per un uomo fare un lavoro tradizionalmente considerato femminile, come aver cura della casa, e viceversa, per una donna fare un lavoro maschile, come intraprendere la carriera militare. È il vissuto, ossia come la persona percepisce questa possibilità, che la rende positiva per l'identità sessuale, nel senso di ampliare la possibilità di espressione personale, oppure problematica;
- 3) *identità di méta* relativa all'orientamento del proprio desiderio o méta sessuale, su un partner, oggetto di desiderio, dello stesso sesso: orientamento *omosessuale*; oppure del sesso opposto: orientamento *eterosessuale*. In una stessa persona il desiderio e il comportamento sessuale possono essere presenti in entrambe le direzioni: si parla in tal caso di orientamento *bisessuale*.

Alla strutturazione dell'identità sessuale concorrono fattori *biologici, psicosessuali e relazionali*. L'*identità sessuale* è *dinamica*, perché espressione di un vissuto modificabile da fattori endogeni ed esogeni, biologici e psichici. Ha la massima *plasticità* durante la vita fetale, la prima e seconda infanzia e l'adolescenza. Può andare incontro a ristrutturazioni significative a tutte le età, in risposta a fattori biologici e psicodinamici, in particolare ad eventi traumatici affettivi o somatici. I periodi di massima vulnerabilità sono di seguito elencati.

**Fase prenatale.** I nove mesi gravidici sono un periodo di estrema sensibilità biologica, sia neuropsichica sia genitale, dell'identità sessuale. Alterazioni dell'ambiente endocrino embrio-fetale per cause endogene, materne o fetali, o eso-

gene, possono modificare il normale sviluppo delle strutture anatomiche mülleriane o wolffiane (vedi Capitolo 4). Le alterazioni morfologiche possono comparire alla nascita, quando sia alterata la forma dei genitali esterni (modificando i cosiddetti *caratteri sessuali primari* da cui dipende l'attribuzione del *sex anagrafico*), o alla pubertà, quando compaiono i *caratteri sessuali secondari*. Parallele alterazioni possono verificarsi a livello neuropsichico, per quanto riguarda l'imprinting endocrino delle aree cerebrali ormonosensibili e ormono-dipendenti. I principali fattori di disturbo sono riassumibili in:

- 1) *alterazioni endocrine endogene*: ad esempio, nei feti femmina esposti durante la vita prenatale ad alti livelli di androgeni di provenienza surrenalica materna (sindrome adreno-genitale), con variabile mascolinizzazione del feto femmina, a livello sia genitale sia cerebrale e, quindi, intrapsichico;
- 2) *alterazioni endocrine iatrogene*: in passato, gestageni, somministrati a scopo antiabortivo (in particolare quelli di derivazione androgenica, come il 19-nor-17- $\alpha$ -etilniltosterone) sono stati associati ad alterazioni dello sviluppo del feto femmina;
- 3) *alterazioni endocrine da tossici esogeni*: per le azioni potenzialmente malformative di tossici ambientali ad azione anche endocrina: i cosiddetti *xeno-estrogeni*. Essendo lipofili, si accumulano nell'adipe materno e possono manifestare la loro azione tossica sul feto anche mesi o anni dopo l'esposizione al fattore tossico stesso. Possono causare malformazioni genitali in feti di ambo i sessi (va ricordato che anche l'apparato genitale maschile è ricco di recettori per gli estrogeni, specie di tipo  $\beta$ !).

**Prima e seconda infanzia.** Per la *strutturazione dell'identità sessuale*, fin dalla nascita è di grande importanza il *rapporto con i genitori* o loro *sostituti stabili*. Dal punto di vista psicologico l'identità sessuale si struttura grazie:

- 1) all'*identificazione con il genitore dello stesso sesso*, e quindi la madre (naturale o adottiva), per le femmine, il padre o suoi sostituti stabili, per i maschi, purché ci sia la possibilità di un rapporto continuativo e affettuoso;
- 2) alla *complementazione con il genitore del sesso opposto* (o un suo sostituto stabile).

È essenziale la qualità dell'affetto (stile di attaccamento) tra i genitori (o loro sostituti significativi) e il bambino. Un amore sicuro, tenero, sereno, contribuisce alla crescita della cosiddetta "base sicura" che nutre la *fiducia* interiore sul proprio valore, sull'essere capaci di amare e meritevoli di essere amati. Di converso, relazioni anaffettive, o con abusi verbali, fisici o sessuali, possono ferire profondamente il processo di crescita dell'identità sessuale e la capacità di vivere relazioni affettive significative e gratificanti.

## GINECOLOGIA

**Pubertà e adolescenza.** Si definisce *pubertà la transizione biologica dall'infanzia alla maturità sessuale. L'adolescenza comprende invece l'insieme delle trasformazioni psicoemotive e psicosessuali che accompagnano la pubertà.*

In passato pubertà e adolescenza tendevano temporalmente a coincidere. Oggi assistiamo a un progressivo sfasamento tra i due periodi, con importanti conseguenze dal punto di vista medico, psicologico, sessuale e relazionale. La pubertà tende ad anticipare. L'adolescenza, come processo psichico di maturazione, tende a protrarsi oltre i vent'anni, con la dipendenza economica e logistica dalla famiglia.

Di crescente importanza, anche per il ginecologo, sono i *disturbi del comportamento alimentare*, anoressia e bulimia, per le loro *implicazioni sull'identità sessuale*, sulla salute generale e ginecologica, per i fattori di rischio per altre patologie che ad essi si accompagnano.

**Età adulta e senile.** L'identità sessuale è in genere ben consolidata nell'età adulta. Può essere ferita da *tumori* che colpiscono gli organi ormono-sensibili *simbolo della femminilità* (mammelle, utero, ovaie), che richiedono chirurgie demolitive e amputanti (ad esempio mastectomie o isterectomie radicali), o che comportano comunque chemio- e/o radioterapie aggressive che inducono menopausa precoce, con danno ovarico irreversibile, anche nelle giovani donne (ad esempio tumori ematologici). Lo stesso può succedere in caso di *tumori genitali nell'uomo*.

In positivo, la somministrazione di adeguate terapie ormonali sostitutive (HRT) dopo la menopausa, può migliorare la percezione dell'identità sessuale, ferita dalla sottile metamorfosi che il corpo subisce in seguito alla carenza protratta di ormoni sessuali femminili. Anche la terapia sostitutiva con testosterone, quando oncologicamente adeguata, può ridurre l'impatto della castrazione chirurgica o chemioterapica sull'identità sessuale maschile.

### Patologia dell'identità sessuale

Si parla di *disforie di genere* per indicare i *disturbi relativi all'identità sessuale*, il malessere nei confronti della propria identità di uomo o donna. Sono *più frequenti negli uomini*: in un rapporto di circa *10 a 1* rispetto alle donne. In ambo i sessi i disturbi dell'identità sessuale si esprimono lungo un *continuum* di disagio; la disforia può essere:

- 1) *lieve* ed esacerbarsi in coincidenza dell'adolescenza, per traumi affettivi (lutti di persone significative, abbandoni) e/o periodi di forte depressione;
- 2) *moderata*: il disagio è maggiore; nella donna può esprimersi con atteggiamenti maschilini (e viceversa nel maschio) che non mettono in discussione il genere di appartenenza;

- 3) *grave*: mette in discussione la coerenza tra sesso biologico e sesso intrapsichico. Si parla in tal caso di *transessualismo*, un disturbo dell'identità sessuale caratterizzato dalla *convincione precoce, permanente e irreversibile di appartenere al sesso opposto*. "Sono un uomo intrappolato in un corpo di donna" è l'autodiagnosi con cui una donna biologica, che si sente psicologicamente maschio, si rivolge al medico per ottenere la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS). Oppure "sono una donna intrappolata nel corpo di un uomo", nel caso di uomini biologici, che si sentono psicologicamente donne. Può avere esordio precoce, nei primi due-tre anni di vita, in cui il bambino o la bambina manifesta comportamenti e preferenze del tutto appropriati per il sesso opposto: si parla in tal caso di *transessualismo primario*, raro. Quando compare o esplose alla pubertà o più tardivamente, si parla di *transessualismo secondario*. Trattandosi di una patologia specialistica, si rimanda a test di riferimento.

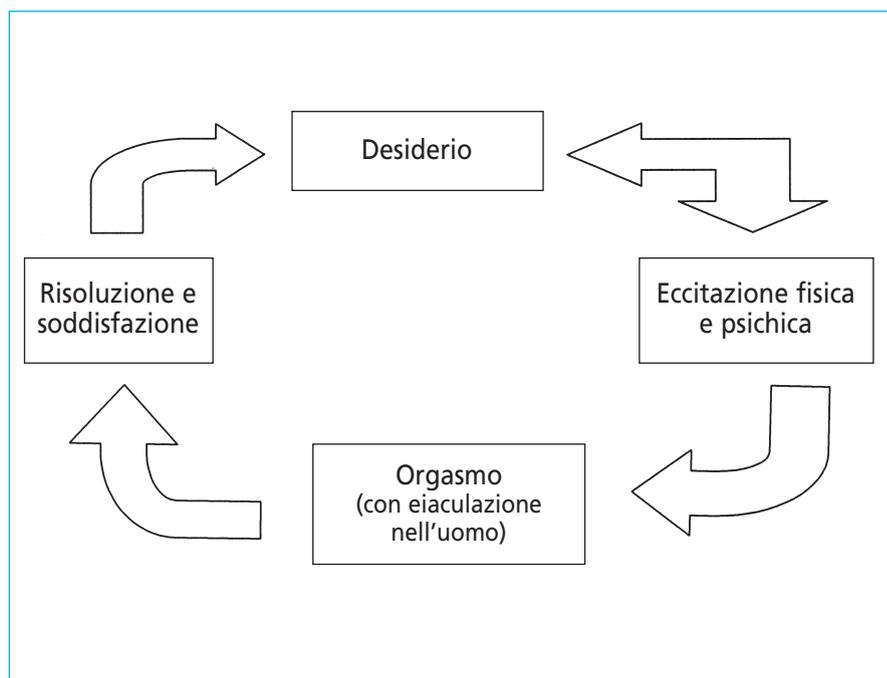
## FUNZIONE SESSUALE

In passato, la funzione sessuale era stata rappresentata come un *modello lineare* trifasico: desiderio, eccitazione, orgasmo. Oggi prevalgono i *modelli circolari*, in quanto consentono di leggere le interazioni tra le diverse fasi e i possibili feed-back positivi o negativi in grado di potenziare o, rispettivamente, inibire la funzione sessuale. In entrambi i sessi la funzione sessuale può essere rappresentata con un modello circolare (*Figura 8.1*), in cui si integrano:

- desiderio;
- eccitazione (con lubrificazione-congestione nella donna, erezione nell'uomo);
- orgasmo (con eiaculazione nell'uomo);
- risoluzione e soddisfazione.

Il *desiderio sessuale* coinvolge le stesse aree cerebrali, nell'uomo e nella donna. Le differenze di percezione e di espressione del desiderio sono dovute sia al diverso imprinting ormonale cerebrale (specie per l'effetto eccitatorio neurobiologico del testosterone, dieci volte più elevato nell'uomo rispetto alla donna), sia al differente ruolo dell'educazione e del contesto socioculturale.

L'*eccitazione sessuale cerebrale* (mentale o soggettiva) comporta simili meccanismi neurobiologici. Esiste tuttavia una maggiore attivazione dell'area occipitale visiva, nel maschio, e temporo-parietale (uditivo-cenestesica) nella donna. L'*eccitazione sessuale periferica non-genitale*, somatica (cutanea, inclusa la secrezione feromonale da parte delle ghiandole sebacee, mucose ecc.) è simile nei due sessi, con differenze qualitative mediate dagli ormoni sessuali. L'*eccitazione sessuale genitale* si presenta macroscopicamen-



**Figura 8.1** Modello circolare della funzione sessuale (modificata da A. Graziottin con autorizzazione).

Gli elementi di novità, rispetto ai modelli lineari di Kaplan e Masters e Johnson, sono rappresentati da:

- circularità del modello, che consente di leggere in modo dinamico le interazioni tra le diverse dimensioni della funzione sessuale, in senso sia frenante (feed-back negativo) sia stimolante (feed-back positivo) e di comprendere la frequente comorbidità rilevata in ambito clinico, data la stretta interdipendenza delle diverse fasi;
- stretta interattività e reciprocità dinamica tra desiderio ed eccitazione;
- introduzione della quarta dimensione, la risoluzione/soddisfazione, quale momento di sintesi psicoemotiva dell'esperienza sessuale. Dal vissuto complessivo del rapporto dipende il rilancio del desiderio oppure la sua progressiva inibizione.

te diversa per ragioni di dimorfismo anatomico. Tuttavia i meccanismi nervosi, vascolari, biomichici e muscolari, lisci e striati, che coordinano l'eccitazione sono simili in uomini e donne.

L'orgasmo segue le medesime vie a livello cerebrale e di midollo spinale. A livello genitale si differenzia per l'associazione all'eiaculazione nell'uomo e per la possibilità di orgasmi multipli nella donna, rari nell'uomo.

La soddisfazione, per definizione soggettiva, è ritenuta di crescente importanza nel vissuto dell'esperienza sessuale, in uomini e donne.

Vediamo ora nei dettagli la funzione sessuale.

### Desiderio sessuale

Il desiderio sessuale costituisce la dimensione più elusiva della sessualità umana. È espressione di una funzione associativa complessa, attivata da stimoli endogeni o esogeni, che induce il bisogno e il desiderio di comportarsi sessualmente.

Gli stimoli endogeni comprendono l'immaginario erotico, le fantasie sessuali volontarie e spontanee, i sogni erotici, i bisogni pulsionali, le emozioni: ciascuno è espressione psichica dell'attivazione biologica di aree e circuiti cerebrali. Gli stimoli esogeni sono i segnali veicolati attraverso gli organi di senso che vengono percepiti come attraenti. Il desiderio può essere considerato come la risultante della somma delle forze che ci portano verso il comportamento sessuale o ce ne allontanano: stimoli biologico-istintuali, fattori motivazionali-affettivi e cognitivi.

Il desiderio sessuale nasce ed è modulato da fattori biologici, psichici e relazionali.

La componente istintuale del desiderio, la voglia fisica, viene attivata da rilevatori di bisogni fisici (*need-detectors*) situati a livello dell'ipotalamo e modulata da centri diversi del sistema limbico. Viene frenata o esaltata nella sua espressione affettiva e relazionale, oltre che fisica, da interazioni complesse tra ipotalamo e lobo limbico e frontale. Oltre agli aspetti pulsionali, fisici, biologicamente mediati, il desiderio sessuale ha, nella nostra specie, importanti significati affettivi e relazionali, come espressione di amore e passione, come termometro della qualità della relazione, come significato capace di indurre anche radicali cambiamenti nella vita personale. Ha forti valenze culturali, che nella loro complessità concorrono all'erotismo, la dimensione più sofisticata, soggettiva e complessa della sessualità.

Nell'adulto, il desiderio è per definizione un fenomeno dinamico e mutevole. Può variare lungo un continuum che va dalla passione, al bisogno, all'interesse, all'indifferenza, alla riluttanza fino all'avversione franca. In entrambi i sessi declina con l'età, con una caduta maggiore nelle donne, in coincidenza della menopausa, per ragioni sia endocrine sia relazionali, ed è accentuata in caso di menopausa iatrogena, specie se precoce. Il desiderio si presenta relativamente costante e continuo nell'uomo, seppure con un graduale declino, dall'adolescenza fino alla tarda maturità. Nella donna è fisiologicamente discontinuo, anche in età fertile, in relazione alle variazioni endocrine correlate ai diversi stati fisiologici e psicoemotivi del ciclo mestruale, della gravidanza, del puerperio e della menopausa.

## GINECOLOGIA

**Tabella 8.2** ORMONI E DESIDERIO SESSUALE

<b>Androgeni</b>	• Iniziatori centrali, modulatori periferici
<b>Estrogeni</b>	• Modulatori centrali e periferici
<b>Progestinici</b>	• Inibitori centrali moderati • forti inibitori se di tipo antiandrogenico • facilitatori se di tipo androgenico
<b>Prolattina</b>	• Inibitore centrale a dosi crescenti
<b>Ormoni tiroidei</b>	• Modulatori centrali
<b>Ossitocina</b>	• Modulatore centrale
<b>Vasopressina</b>	• Modulatore centrale

Dal punto di vista *soggettivo*, il desiderio è spesso *difficile da distinguere dall'eccitazione mentale*. In entrambi i sessi, il desiderio può infatti anticipare l'eccitazione, essere ad essa consensuale, o aumentare in risposta a un'eccitazione sessuale genitale indotta dal gioco erotico.

**LE TRE DIMENSIONI DEL DESIDERIO SESSUALE**

In uomini e donne, tre dimensioni contribuiscono al desiderio sessuale.

**Stimolo biologico istintuale**, fondato su basi anatomiche e neurofisiologiche, oggi definito come "interesse sessuale", il cui primo significato è di promuovere il *mantenimento della specie*, attraverso la *procreazione*. Si tratta di un processo attivato a livello cerebrale dal testosterone in entrambi i sessi; di esso fanno parte:

- 1) gli *ormoni*, e i neurotrasmettitori ad essi correlati, che regolano il tono dell'umore, l'energia vitale e la neurobiologia dei quattro sistemi emotivi di comando fondamentali: appetitivo-sessuale, di collera-rabbia, di ansia-paura, di panico con angoscia di separazione. In particolare (*Tabella 8.2*):
  - gli androgeni: nell'uomo e nella donna sono gli ormoni più rappresentati a livello plasmatico (*Tabella 8.3*). Hanno il ruolo più potente nell'accendere il desiderio fisico

- il testosterone, che prevale fra di essi; il deidroepiandrosterone (DHEA), ormone surrenalico prodotto in elevate quantità durante e dopo la pubertà, sembra contribuire alle basi fisiche e psichiche del desiderio;
  - gli estrogeni, nella donna, agiscono come modulatori della femminilità e del benessere psicofisico;
  - i progestinici hanno un effetto diverso a seconda delle loro caratteristiche, androgeniche, antiandrogeniche o simili al progesterone naturale;
  - la prolattina ha un ruolo inibitorio, in entrambi i sessi, col crescere dei livelli plasmatici;
  - l'ormone tiroideo, se carente, può ridurre il desiderio sessuale in entrambi i sessi;
  - l'ossitocina, neuro-ormone che presenta un picco plasmatico in coincidenza con l'orgasmo, ottenuto sia con autoerotismo sia con il coito, si comporta come ormone favorevole al desiderio. Sembra caratterizzare, nella donna come nell'uomo, il cosiddetto "orgasmo finale": è il mediatore responsabile del senso di sazietà, dopo l'orgasmo;
  - la vasopressina, neuro-ormone, sembra contribuire alla modulazione centrale del desiderio;
- 2) lo *stato di salute fisica e di benessere psichico*, che modula, tra l'altro, l'efficienza dei sistemi biologici che concorrono alla funzione sessuale e al livello di energia vitale, di cui l'energia sessuale è espressione;
  - 3) i *fattori stimolanti*: farmaci, droghe, malattie psichiatriche;
  - 4) i *fattori inibenti*: farmaci, droghe, malattie somatiche e psichiatriche.
- N.B. Il complesso gioco degli ormoni sessuali, a livello cerebrale, periferico extragenitale e genitale, modula l'intensità del desiderio sessuale ma non la sua direzione!
- Stimolo motivazionale-affettivo**, collegato mediante la fantasia e l'immaginario erotico al bisogno di piacere e di amore. Contribuiscono a questo aspetto del desiderio:
- 1) l'*identità sessuale*, per le dinamiche interpersonali che essa attiva e di cui è espressione (autostima, fiducia in sé, immagine corporea);

**Tabella 8.3** LIVELLI STEROIDEI MEDI NELLA DONNA (in pg/mL)

	Età riproduttiva	Menopausa naturale	Menopausa iatrogena
Estradiolo	100-150	10-15	10
Testosterone	400	290	110
Androstenedione	1 900	1 000	700
DHEA	5 000	2 000	1 800
DHEAS	3 000 000	1 000 000	1 000 000

DHEA, deidroepiandrosterone; DHEAS, deidroepiandrosterone solfato  
(Da: Lobo R. Treatment of Postmenopausal Women. Boston: Lippincott; 1999.)

- 2) *l'intensità del coinvolgimento affettivo e dell'innamoramento;*
- 3) *la capacità di fiducia nell'altro/a e di intimità;*
- 4) *la capacità di gustare il piacere erotico (sesso ricreativo);*
- 5) *le motivazioni non sessuali al comportamento sessuale:* ansia, tristezza, sentimento di solitudine, abitudine, affetto, bisogno di intimità emotiva; bisogno di scarico di tensione, bisogno di ottenere dei vantaggi (*sesso strumentale*) o eccitazione generica. Molti bisogni, sentimenti e/o emozioni possono indurre un comportamento sessuale senza che vi sia un vero desiderio sessuale.

#### **Valutazione cognitiva ad agire un comportamento sessuale.**

È basata sull'analisi e il controllo dei fattori che inducono il comportamento sessuale e i rischi che lo sconsigliano. La valutazione razionale è la più vulnerabile all'irrompere (*acting-out*) dei fattori istintuali e affettivi. Si pensi agli incontri ad alto rischio di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse, in cui l'irruzione istintuale scardina il comportamento di evitamento, e quindi autoprotettivo, coerente con la valutazione cognitiva del rischio. Di conseguenza il soggetto assume comportamenti obiettivamente pericolosi, dei quali resta consapevole pur nella incapacità di modificarli. Non ultimo, rischio e trasgressione sono tra i più potenti afrodisiaci cognitivo-motivazionali dell'erotismo maschile e femminile.

Vale per il desiderio una regola neurobiologica generale: la psiche modifica la biologia cerebrale e la biologia cerebrale condiziona e modifica le nostre espressioni psichiche. Esiste infatti una *reciprocità sostanziale e dinamica tra psicoplasticità e neuroplasticità*.

#### **BASI NEUROBIOLOGICHE DEL DESIDERIO**

Una delle scoperte più innovative della sessuologia medica riguarda le basi neurobiologiche del desiderio e dell'eccitazione psichica. Le regioni cerebrali coinvolte nel desiderio e nel coordinamento della funzione sessuale sono le stesse nei due sessi. La funzione sessuale richiede l'integrità anatomica e funzionale del sistema limbico. Quest'ultimo indica strutture molteplici, anatomicamente e funzionalmente collegate, che si estendono anche al di fuori per comprendere aree del diencefalo, del lobo frontale e temporale. L'amigdala, che fa parte del lobo limbico, ha due funzioni principali:

- 1) si presenta come un centro critico per la mediazione tra le emozioni fondamentali, che concorrono alla modulazione del bisogno sessuale;
- 2) confronta continuamente lo stimolo sessuale attuale con il ricordo di stimoli precedenti: se il confronto è piacevole, viene attivata la cascata di eventi neurovascolari che coordinano la risposta sessuale, se il confronto è negativo, il circuito viene inibito o bloccato. Anche i diversi livelli di

desiderio in risposta ad uno stimolo interno o esterno hanno una solida base neurobiologica, continuamente modulata da stimoli psichici (affettivi, emotivi, cognitivi).

Nella regolazione del desiderio ha un ruolo primario il *lobo frontale*, che svolge un'azione prevalentemente *inibitoria sugli istinti sessuali basali*. La nostra specie si distingue dai Primati, nostri cugini, solo per il 2% dei geni: da questa minima ma critica componente sono codificate non solo le differenze somatiche, ma lo speciale sviluppo del lobo frontale nell'essere umano, che sarebbe caratterizzato da una *maggiore capacità di inibire i propri impulsi*, nello specifico sessuali, *per rendere i propri comportamenti più socialmente appropriati*. Una capacità di controllo che viene esasperata attraverso un'educazione sessuale fortemente diversa, nei due generi, nella maggior parte delle culture e dei popoli. Insieme al lobo frontale, il sistema limbico è essenziale in entrambi i sessi per:

- 1) il *desiderio sessuale* e i fenomeni ad esso associati quali le fantasie erotiche volontarie, i sogni erotici e le fantasie sessuali spontanee;
- 2) *l'eccitazione sessuale mentale;*
- 3) *l'attivazione di eventi neurovascolari* che coordinano la risposta fisica sessuale genitale e somatica (periferica non-genitale) sia durante l'eccitazione "automatica" neurovegetativa, sia durante il sonno con sogni, sia durante l'eccitazione conscia;
- 4) *la modulazione delle risposte psicofisiche fondamentali* attraverso il continuo confronto di emozioni e sensazioni coinvolte con ricordi di esperienze ed emozioni precedenti.

#### **Eccitazione sessuale**

Anche l'eccitazione sessuale, nella donna come nell'uomo, è *multifattoriale e multisistemica*. Ad essa concorrono fattori *biologici, psicosessuali, contesto-correlati*. In uomini e donne, l'eccitazione genitale può essere attivata secondo tre modalità principali:

- 1) eccitazione *riflessogena*, che viene generata da stimoli tattili sui genitali;
- 2) eccitazione *psicogena*, attivata da stimoli audiovisivi, olfattivi, cenestesici o da fantasie. I segnali, provenienti dalla corteccia visiva, uditiva, olfattiva e dalle aree associative, discendono fino ai centri spinali T10-L2 per attivare l'erezione o la congestione dei corpi cavernosi clitoridei e bulbo-vestibolari e la lubrificazione vaginale. Il termine psicogena indica lo stimolo cognitivo ed emotivo centrale, a genesi intrapsichica o relazionale, che la origina, pur estrinsecandosi attraverso l'attivazione neurobiologica di vie cortico-midollari;

## GINECOLOGIA

- 3) eccitazione *notturna*, attivata a livello del sistema nervoso centrale, durante la fase REM del sonno. Nell'uomo, essa induce erezioni; nella donna, congestione genitale e lubrificazione vaginale, in numero di due-quattro episodi per notte, a seconda del numero di fasi REM.

L'eccitazione sessuale si manifesta a tre livelli:

- 1) *cerebrale*, con la sensazione soggettiva di eccitazione "mentale" e con l'attivazione della cascata di eventi neurochimici e vascolari che caratterizzano la risposta sessuale. Anche l'eccitazione cerebrale è ormono-dipendente: gli androgeni svolgono un ruolo di "iniziatori" in quanto sono in grado, da soli, di attivare l'eccitazione mentale, mentre gli estrogeni agiscono come modulatori e facilitatori dell'eccitazione a livello sia centrale sia periferico;
- 2) *periferico non genitale*, di cui fanno parte l'aumento della salivazione, la vasodilatazione cutanea, che concorre al senso di calore e di eccitazione generale, l'incremento della secrezione sudoripara e della specifica increzione di feromoni da parte delle ghiandole sebacee, l'erezione del capezzolo, l'aumento della frequenza cardiaca, l'aumento della frequenza del respiro;
- 3) *genitale: fenomeno neurovascolare*, che risulta dalla coordinata interazione di nervi, vasi, muscolatura liscia, e provoca l'incremento della vasodilatazione e congestione genitale. Vi partecipano: *nervi parasimpatici*, responsabili dell'inizio e del mantenimento dell'eccitazione; *nervi simpatici*, coinvolti nell'orgasmo e, nell'uomo, nell'eiaculazione e nella detumescenza peniena; *nervi somatici*. La coppia di nervi pudendi contiene la maggior parte dell'innervazione diretta ai genitali esterni maschili e femminili. Ricevono fibre da S2, S3, S4; forniscono la percezione sensoriale del perineo e terminano come "nervo dorsale del pene", o come "nervo dorsale del clitoride" con fini terminazioni che arricchiscono la capacità discriminativa di piacere di questi organi sessuali. In particolare:
  - a) *nelle donne*, l'eccitazione genitale è favorita dagli *estrogeni* che sono i *fattori permissivi* più importanti nel consentire al peptide intestinale vasoattivo (VIP) di tradurre il desiderio in *lubrificazione vaginale*, mentre gli *androgeni* sono fattori permissivi per l'ossido nitrico (NO), il neuromediatore più importante per la *congestione* delle strutture *bulbo cavernose vestibolari e clitoridee*;
  - b) *nell'uomo*, l'eccitazione genitale è favorita dagli *androgeni*, fattori permissivi per l'ossido nitrico (NO). Essa dà luogo all'*erezione*: la rigidità del pene in erezione dipende dall'aumento della pressione sanguigna all'interno dei corpi cavernosi, data la non distensibilità della tunica albuginea che li avvolge.

## ECCITAZIONE E LUBRIFICAZIONE

Nella donna, il segno principale dell'eccitazione è la marcata vasocongestione genitale, che dà luogo alla visibile congestione a livello delle labbra e alla più interna formazione della cosiddetta *piattaforma orgasmica*, data dall'insieme dei tessuti vascolari congesti che circondano il canale vaginale, il canale uretrale e i tessuti congesti dei corpi cavernosi. Maggiore è l'intensità dell'eccitazione fisica genitale e mentale, più elevata è la probabilità che l'orgasmo sia intenso ed appagante.

La lubrificazione è un fenomeno neurovascolare: lo stimolo nervoso che arriva ai vasi sanguigni perivaginali facilita la formazione di un trasudato. Alla lubrificazione contribuiscono anche le secrezioni delle ghiandole cervicali e quelle delle ghiandole del Bartolini, i cui sbocchi si collocano proprio all'altezza del vestibolo vulvare.

## ECCITAZIONE ED EREZIONE

L'erezione, espressione dell'eccitazione genitale nell'uomo, è la fase della risposta sessuale più studiata. Il coordinamento generale dell'erezione è così riassumibile:

- 1) strutture *di comando* dell'erezione: il cervello sogna, anticipa, attiva, controlla, modula; il midollo spinale coordina, i nervi comunicano, i vasi rispondono, i corpi cavernosi si rigonfiano, il pene diventa eretto;
- 2) strutture *di risposta* dell'erezione: stimoli e feed-back polisensoriali tattili, visivi e propriocettivi dell'erezione la rinforzano se adeguati, la riducono se insoddisfacenti; archi riflessi brevi – midollari – mantengono l'erezione; il midollo spinale risponde, comunica con genitali e cervello e coordina le informazioni; il cervello apprezza le informazioni di piacere, se l'esperienza è positiva; attiva segnali di allarme e di inibizione se è negativa.

Durante l'erezione, i nervi cavernosi liberano diversi tipi di neurotrasmettitori, tra cui il peptide intestinale vasoattivo (VIP), l'acetilcolina, le prostaglandine e l'ossido nitrico (NO), oggi considerato tra i più potenti vasodilatatori. I *neurotrasmettitori vasoattivi* provocano il rilassamento della muscolatura liscia sia delle trabecole sia delle arteriole.

Le diverse fasi dell'erezione sono così riassumibili:

- 1) *flaccida*, in cui c'è un minimo flusso arterioso e venoso;
- 2) di *riempimento*, in cui si ha un aumento del flusso arterioso nelle arterie del pene in fase sia diastolica sia sistolica. Il pene si allunga ma la pressione intracavernosa rimane invariata;
- 3) di *tumescenza*, in cui la pressione intracavernosa comincia rapidamente a salire, mentre decresce parallelamente il flusso arterioso;
- 4) di *erezione completa*, in cui la pressione intracavernosa può giungere a valori pari al 90% di quella sistolica;

- 5) di *erezione rigida*: come risultato della contrazione del muscolo ischio-cavernoso, e della non distensibilità dell'albuginea, la pressione intracavernosa sale ben oltre quella sistolica, portando all'erezione rigida completa, che, con varia durata, precede il momento eiaculatorio;
- 6) di *detumescenza*: dopo la eiaculazione o la cessazione dello stimolo erotico, aumenta il tono simpatico che provoca la contrazione della muscolatura liscia delle trabecole e delle arteriole. Questo comporta l'espulsione di larghe quantità di sangue dai sinusoidi, riduce il flusso arterioso ai livelli tipici della flaccidità e riapre i canali venosi. Il pene ritorna alla lunghezza e alla consistenza di base.

## Orgasmo

L'orgasmo è un evento neurofisiologico e soggettivo, caratterizzato da sensazioni di piacere di variabile intensità. È attivato da stimoli piacevoli genitali, somatici o mentali, è sotteso dall'attivazione di centri midollari e cerebrali e accompagnato da risposte fisiologiche, di tipo riflesso, tra cui la contrazione involontaria e ritmica del muscolo elevatore dell'ano. Maggiore è l'eccitazione mentale e fisica, più elevata è la probabilità di raggiungere l'orgasmo in entrambi i sessi.

Che cosa fa scattare l'orgasmo?

A livello fisico:

- 1) nella *donna*, la stimolazione
  - a) clitoridea: è sufficiente ad attivare l'orgasmo nel 90% delle donne;
  - b) vaginale: l'orgasmo coitale, durante la penetrazione, è presente nel 50-70% delle donne. Le parti più reattive includono l'area periuretrale; l'introito vaginale, purché il muscolo pubo-coccigeo sia tonico e attivo; le strutture vaginali profonde, per la stimolazione di legamenti e strutture nervose delle parti più interne del pavimento pelvico e il controverso "punto G", descritto da Grafenberg e considerato un residuo embrionale della prostata, variamente sviluppato nelle donne, posto sulla parete vaginale anteriore. La stimolazione del punto G può dare luogo, in alcune donne, all'emissione di poche gocce di liquido, chimicamente sovrapponibile al secreto prostatico, al momento dell'orgasmo ("eiaculazione femminile");
  - c) anale, se desiderata, che attiva il muscolo pubo-coccigeo;
  - d) dell'areola mammaria: presente talvolta anche nelle donne che allattano;
  - e) cutanea e mucosa (anche un bacio), se l'eccitazione cerebrale è elevata;
- 2) nell'*uomo*, la stimolazione
  - a) genitale;
  - b) anale, se desiderata;

- c) del capezzolo, più raramente;
- d) cutanea e mucosa.

A livello *mentale* (comunque cerebrale e quindi biologico!), *in entrambi i sessi* la stimolazione genitale non è essenziale per l'orgasmo: la *stimolazione onirica* può attivare i centri cerebrali responsabili dell'orgasmo; nella donna può far scattare piacevolissimi orgasmi notturni. Essi sono equivalenti, come significato, ai cosiddetti "sogni bagnati" dei maschi, in cui l'orgasmo si accompagna alle prime emissioni di sperma, dette *polluzioni*. È spesso grazie a questa sorprendente sensazione notturna che la ragazza ed il ragazzo scoprono che cosa sia l'orgasmo. Anche la *stimolazione mentale cosciente con sole fantasie erotiche, o con soli stimoli visivi, tattili o uditivi*, può far scattare l'orgasmo senza alcun contatto genitale. L'orgasmo è di intensità tanto maggiore quanto più l'eccitazione mentale e fisica è potenziata da una stimolante intimità erotica.

## EIACULAZIONE ED ORGASMO

L'emissione dello sperma e la eiaculazione sono fenomeni neurologicamente mediati, che possono avvenire indipendentemente dall'erezione. Richiedono l'interazione coordinata del simpatico toraco-lombare e del sistema nervoso somatico. Al culmine dell'eccitazione sessuale, la stimolazione del nervo ipogastrico superiore provoca la contrazione del collo vescicale, delle vescichette seminali e dei dotti eiaculatori: ciò comporta l'emissione del seme nell'uretra posteriore, determinando la sensazione di *inevitabilità eiaculatoria* ed impedisce il flusso retrogrado del seme in vescica. La successiva contrazione dei muscoli periuretrali e del pavimento pelvico, combinata con l'intermittente rilassamento dello sfintere esterno e del diaframma urogenitale, consente infine l'espulsione dell'eiaculato.

L'intervallo di tempo tra l'introduzione in vagina e l'eiaculazione viene definito *tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (TLEI)*. È geneticamente condizionato; può variare da qualche secondo a molti minuti; può essere modulato, in senso di accelerazione o rallentamento, da fattori biologici, psicosessuali e relazionali. In taluni soggetti la precocità è talmente marcata da avvenire prima della penetrazione. Si parla in tal caso di "eiaculazione anteportam". Essa può costituire, insieme al deficit erettivo severo, una delle cause maschili di matrimonio non consumato. Contemporaneamente, in condizioni fisiologiche si verifica l'*orgasmo*, caratterizzato da una variabile sensazione di piacere. Durante l'orgasmo la maggior parte degli uomini riconosce *tre sensazioni distinte*: una prima ondata interna di calore diffuso o di pressione pulsante, che corrisponde all'inizio dell'emissione; una seconda, caratterizzata dalla potente azione espulsiva delle contrazioni orgasmiche propriamente dette, per la contrazione dei muscoli peri-

retrali e del pavimento pelvico, che molti uomini percepiscono come la parte più piacevole dell'orgasmo; infine, la terza, che coincide con il fluire del seme lungo l'uretra, percepita come un calore pulsante o una piacevole propulsione.

### Soddisfazione

La "risoluzione" definisce l'insieme dei cambiamenti fisiologici che accompagnano il ritorno allo stato basale, dopo il rapporto o l'orgasmo. La soddisfazione esprime il giudizio, il vissuto dell'esperienza, che può variare lungo un *continuum* fino all'insoddisfazione. Può mancare anche in presenza di una normale risposta fisiologica, in entrambi i sessi. Costituisce la parte più soggettiva dell'esperienza sessuale, cui concorrono l'intensità del desiderio, dell'eccitazione, la qualità del gioco amoroso ed erotico, l'intensità del coinvolgimento affettivo e/o passionale, l'effetto eccitante di trasgressioni, complicità, novità, la qualità della risposta fisica, l'intensità dell'orgasmo, nonché il *contesto sessuale* e il *significato* di quell'esperienza vissuta. Una persistente insoddisfazione può causare caduta di desiderio, inadeguata eccitazione e difficoltà orgasmiche, nonostante l'integrità dei meccanismi fisiologici che sottendono la risposta sessuale. L'insoddisfazione e anche la disfunzione possono essere appropriate se il/la partner ha a sua volta una disfunzione sessuale, o se la relazione è di franco abuso, fisico, psichico o sessuale.

## FISIOLOGIA DEL RAPPORTO SESSUALE IN UOMINI E DONNE

In entrambi i sessi, i cambiamenti fisiologici durante il rapporto sono suddivisi nelle fasi del desiderio, dell'eccitazione, del plateau, dell'orgasmo e della risoluzione, secondo la classica definizione di William Masters e Virginia Johnson. Ad essi corrispondono i correlati somatici delle diverse fasi della funzione sessuale maschile e femminile.

Il primo organo sessuale, in uomini e donne, è il cervello. Solo ora, grazie alla tomografia ad emissione di positroni (PET), e alla risonanza magnetica per immagini, è possibile visualizzare che cosa succede nel cervello durante l'eccitazione, in uomini e donne. Fino a pochi anni fa, invece, tutta la descrizione della fisiologia del rapporto sessuale si limitava all'aspetto genitale, di eccitazione, erezione/lubrificazione, penetrazione, orgasmo/eiaculazione e risoluzione. Gli aspetti fondamentali della fisiopatologia del rapporto sessuale in donne e uomini sono riassunti rispettivamente in *Tabella 8.4* e in *Tabella 8.5*. I dettagli di ogni fase sono discussi nei diversi paragrafi della funzione sessuale.

## DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

Le FSD sono un disturbo età-correlato, con l'eccezione della dispareunia. Il ruolo dei fattori biologici aumenta infatti con l'età, analogamente a quanto succede negli uomini.

Le FSD hanno un'alta prevalenza, che varia dall'8 al 32% in età fertile, a seconda dell'età e del tipo di problema sessuale; la prevalenza aumenta dopo la menopausa, specie se la donna non fa una terapia ormonale sostitutiva.

La classificazione di FSD e MSD più in uso è ancora quella del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (1994) (*Tabella 8.6*). Essa è diventata rapidamente inadeguata, in quanto non esaustiva né della diversità e complessità dei disturbi portati in consultazione, né della loro modalità di espressione. Un quadro riassuntivo dei diversi disturbi della funzione sessuale femminile, portati oggi in consultazione, della nuova classificazione è riportato in *Tabella 8.7*.

### Disturbi del desiderio

**Definizione.** Il disturbo del desiderio sessuale *per difetto* ("ipoattivo") è definito come persistente o ricorrente carenza o assenza di fantasie sessuali e/o desiderio, o recettività per l'attività sessuale, che provochi stress personale.

Il disturbo di *avversione sessuale* è definito come persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con un partner sessuale, che causi stress personale.

I disturbi del desiderio sessuale *per eccesso*, che possono comportare ipersessualità nella donna, non sono stati considerati nelle ultime classificazioni. Sono rari e di competenza superspecialistica.

**Prevalenza.** I disturbi del desiderio sessuale sono in assoluto i più frequenti nelle donne. Secondo Laumann interessano il 33% delle donne tra i 18 e i 55 anni. Secondo altri ricercatori la prevalenza è minore nell'età fertile, intorno al 20-25%, mentre tende ad aumentare in postmenopausa, specie nelle donne che non seguono terapie ormonali sostitutive.

**Eziologia.** Le condizioni cliniche che possono causare disturbi del desiderio sessuale *per difetto* possono essere riassunte come di seguito elencato.

- 1) *Primarie di origine biologica*: sindromi disgenetiche (Turner, Morris ecc.) mosaicismi; disendocrinie; sindromi neurologiche; sindromi iatrogene; malformazioni genitali, quando feriscono l'immagine corporea e la percezione del Sé;
- 2) *primarie di origine psicosessuale*: inibizioni educative, gravi carenze affettive; disturbi sull'identità sessuale; disturbi psichiatrici maggiori precoci; conseguenze di traumi

**Tabella 8.4 FISILOGIA DEL RAPPORTO SESSUALE NELLA DONNA****Desiderio**

- I suoi correlati fisici si sovrappongono a quelli dell'eccitazione cerebrale (mentale o soggettiva)

**Eccitazione**

- Iniziano i cambiamenti somatici: vasodilatazione cutanea e mucosa, con senso di calore diffuso
- Comincia la lubrificazione vaginale
- I due terzi superiori della vagina si allargano
- La vulva diventa congesta
- Il clitoride si ingrossa
- La cervice e l'utero si muovono verso l'alto
- I capezzoli diventano eretti
- Le mammelle aumentano lievemente di volume
- Possono comparire piccole chiazze di vasodilatazione nella parte alta del torace (*skin flush*)
- Frequenza cardiaca e pressione sanguigna aumentano
- Aumenta la tensione neuromuscolare

**Plateau**

- La lubrificazione continua, in modo variabile
- Si forma la piattaforma orgasmica al terzo esterno della vagina
- La cervice e l'utero si elevano ulteriormente
- I due terzi superiori della vagina si allungano e si espandono ulteriormente
- Il clitoride si retrae dietro il prepuzio clitorideo
- Le labbra della vulva diventano gonfie e cambiano colore
- Le chiazze di vasodilatazione si intensificano e si diffondono
- La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa aumentano ulteriormente
- Ulteriore aumento delle dimensioni della mammella. L'areola si ingrandisce
- Il respiro può diventare più frequente
- Ulteriore aumento della tensione neuromuscolare

**Orgasmo**

- Inizio di contrazioni involontarie e ritmiche della piattaforma orgasmica e dell'utero
- Le chiazze di vasodilatazione arrivano alla massima estensione
- Aumento della secrezione salivare, a volte
- Contrazioni involontarie del muscolo elevatore dell'ano
- Picco della frequenza cardiaca, respiratoria e della pressione arteriosa
- Perdita del controllo muscolare volontario; ci possono essere spasmi crampiformi di gruppi muscolari a livello del viso, delle mani e dei piedi
- Si alza la soglia del dolore

**Risoluzione**

- Il clitoride ritorna alla posizione normale, 5-10 secondi dopo l'orgasmo
- La piattaforma orgasmica scompare
- Le labbra della vulva ritornano alle normali dimensioni e al normale colore
- La vagina ritorna rapidamente alle dimensioni basali a riposo
- Utero e cervice discendono alla loro posizione, prestimolazione
- L'areola ritorna rapidamente alle dimensioni normali
- L'erezione del capezzolo scompare più lentamente
- Scompaiono le chiazze cutanee
- Una irregolare tensione neuromuscolare può continuare per alcuni minuti, con involontarie contrazioni di gruppi muscolari isolati
- La frequenza cardiaca e respiratoria e la pressione arteriosa tornano ai livelli pre-eccitazione
- Domina un senso generale di rilassamento (che tende a mancare se non c'è stato l'orgasmo)
- L'acuità visiva e uditiva tornano ai livelli normali

(Modificato da: Masters WH et al., 1994.)

fisici o psichici, inclusi abusi fisici e sessuali nella prima e seconda infanzia;

- 3) *secondarie di origine biologica*: disturbi nutrizionali con conseguenze neuroendocrine (gravi anemie, anoressia); disendocrinie insorte in epoca postpuberale, quali l'iperprolattinemia; disendocrinie di origine iatrogena (ovarictomia, castrazione attinica o chemioterapica): la carenza di androgeni ad esse conseguente cau-

sa la "sindrome femminile da carenza di androgeni" (FAI, *Female Androgen Insufficiency*) (Tabella 8.8); disendocrinie fisiologiche, come la menopausa; effetto inibitorio di farmaci o droghe; disturbi psichiatrici maggiori insorti in epoca postpuberale, in primo luogo la depressione; disturbi neurologici; malattie croniche invalidanti, tra cui diabete, malattie cardio-vascolari, incontinenza; per dolore genitale (di-

**Tabella 8.5 FISILOGIA DEL RAPPORTO SESSUALE NELL'UOMO****Desiderio**

- I suoi correlati fisici si sovrappongono a quelli dell'eccitazione

**Eccitazione**

- Iniziano i cambiamenti somatici: vasodilatazione cutanea e mucosa, con senso di calore diffuso
- Inizia l'erezione
- Lo scroto inizia a ispessirsi, le pieghe scrotali scompaiono
- I testicoli cominciano a elevarsi
- I capezzoli iniziano a diventare eretti
- Aumentano la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa
- Aumenta la tensione neuromuscolare generale

**Plateau**

- Aumenta la rigidità dell'erezione
- Il glande si ingrossa moderatamente
- I testicoli si ingrossano e vengono spinti verso il corpo
- Può comparire un fluido pre-eiaculatorio
- In circa il 25% degli uomini compaiono chiazze di vasodilatazione al torace
- La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa aumentano
- Il respiro può diventare più rapido
- Ulteriore aumento della tensione neuromuscolare
- Si riducono l'acuità visiva e uditiva

**Orgasmo**

- Inizio di potenti contrazioni involontarie di dotti prostatici, dotti eiaculatori e vescichette seminali
- L'eiaculazione comincia subito dopo che la prostata inizia le sue contrazioni
- I testicoli sono spinti saldamente contro il corpo
- Se presenti, le chiazze di vasodilatazione al torace raggiungono il massimo
- Picco nella frequenza cardiaca e respiratoria e nella pressione arteriosa
- Perdita del controllo muscolare volontario

**Risoluzione**

- Perdita dell'erezione, seguita da un più lento ritorno alle dimensioni basali
- I testicoli scendono nella posizione normale
- Lo scroto si rilassa e ricompaiono le pieghe scrotali
- Si verifica il periodo refrattario, durante il quale non è possibile ottenere un'altra eiaculazione (breve nei giovani, aumenta con l'età)
- Perdita dell'erezione del capezzolo
- Rapida scomparsa della vasodilatazione cutanea
- Scomparsa delle chiazze di vasodilatazione
- Una modesta tensione neuromuscolare può continuare
- La frequenza cardiaca, respiratoria e la pressione arteriosa tornano ai livelli basali, pre-eccitazione
- L'acuità visiva e uditiva tornano rapidamente ai livelli normali
- Domina un senso di piacevole rilassamento, che può portare al sonno

(Modificato da: Masters WH et al., 1994.)

sturbi sessuali caratterizzati da dolore: dispareunia, vaginismo, dolori sessuali non coitali e/o dolore pelvico cronico);

- 4) *secondarie di origine psicosessuale*: per disturbi dell'identità sessuale, specie relativi alla méta (omosessualità inaccettata); per persistenti sintomi sessuali, personali e/o del partner, e caduta secondaria del desiderio; per disturbi psiconevrotici (ansia fino all'avversione fobica, disturbo ossessivo compulsivo, depressione minore ecc.); per problemi relazionali, inclusi i conflitti coniugali e la frustrazione del bisogno di intimità emotiva.

**Diagnosi.**

- 1) *Anamnesi* accurata (Tabella 8.9) che indaga non solo il desiderio, inteso come voglia/interesse sessuale, ma an-

che i suoi correlati motivazionali, personali e di coppia, e quindi comportamentali, per una diagnosi più completa. Le combinazioni più frequenti sono:

- a) desiderio fisico normale/alto e normale/alta motivazione: è la normalità, che può variare in rapporto sia a stati fisiologici diversi (ciclo, gravidanza, puerperio) sia a fattori intercorrenti di breve durata;
- b) desiderio fisico normale/alto e bassa motivazione al sesso, spesso limitata al partner: la componente fisica, biologica, appare intatta mentre sono in gioco fattori di coppia, quali crisi coniugali, delusioni sessuali, disinvestimento affettivo, frustrazione del bisogno d'amore e di intimità emotiva, problemi sessuali o di salute del partner. Diagnosi: disturbo del desiderio, di tipo situazionale (limitato al partner) per *disaffezione sessuale*;

**Tabella 8.6 CLASSIFICAZIONE DELLE DISFUNZIONI SESSUALI SECONDO IL MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DMS-IV)****Tipo I**

- Disturbi del desiderio sessuale:
  - disturbo da desiderio sessuale ipoattivo
  - disturbo di aversione sessuale
- Disturbi dell'eccitazione sessuale:
  - disturbo dell'eccitazione sessuale femminile
  - disturbo maschile dell'erezione
- Disturbo dell'orgasmo:
  - disturbo dell'orgasmo femminile
  - disturbo dell'orgasmo maschile
  - eiaculazione precoce

**Tipo II**

- Disturbi dal dolore sessuale:
  - dispareunia
  - vaginismo

(Da: American Psychiatric Association, 2001.)

- c) desiderio fisico basso e normale/alta motivazione: la persona sente che qualcosa non va a livello personale, fisico o psichico, nonostante la qualità della relazione di coppia sia buona. È essenziale il ruolo del medico nel valutare le possibili cause endocrine (carenza di ormoni sessuali, estrogeni e androgeni, o eccesso di prolattina) oltre a fattori personali psicosezionali inibitori (inibizioni sessuali, analfabetismo erotico, pregresse molestie o abusi ecc.). Il basso desiderio fisico causa *astenia sessuale*;
- d) desiderio fisico basso e bassa motivazione: la depressione è il primo fattore eziologico cui pensare. Bisogna comprendere che cosa si sia incrinato prima, se il desiderio fisico o la motivazione, e che cosa secondariamente. La coesistenza di un'inibizione fisica e motivazionale porta alla diagnosi di *anergia sessuale*.
- 2) *Esami ormonali: testosterone totale e libero e SHBG*, se si sospetta una sindrome da insufficienza androgenica (FAI, *Female Androgen Insufficiency*) caratterizzata da caduta del desiderio sessuale, caduta dell'energia vitale, riduzione dell'assertività, perdita dei peli pubici, riduzione della massa muscolare, tendenza all'aumento di peso con incremento del grasso addominale. Le donne sottoposte a ovariectomia bilaterale vengono private di tutta la produzione androgenica ovarica, con un calo di circa il 50% del testosterone totale e libero. Chemioterapia sistemica e radioterapia pelvica, oltre a poter causare una menopausa iatrogena, possono determinare la FAI per un danno irreversibile delle cellule del Leydig contenute nell'ilo ovarico, che producono gli androgeni. Se clinicamente indicato, valutare prolattina e/o FT<sub>3</sub>, FT<sub>4</sub>, TSH.

- 3) *Esame obiettivo*: indicato quando la caduta di desiderio sia secondaria a disturbi dell'eccitazione, dell'orgasmo, e/o a disturbi sessuali caratterizzati da dolore (dispareunia o vaginismo); ad anomalie genitali; oppure quando la FSD sia in comorbilità con altri disturbi urologici (incontinenza, cistiti recidivanti) o ginecologici (dolore pelvico cronico, endometriosi).

**Disturbi dell'eccitazione sessuale**

**Definizione.** Il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile viene definito come persistente o ricorrente incapacità a ottenere o mantenere un sufficiente eccitamento sessuale, che causa un disagio o che costituisce comunque un problema personale (*personal distress*). Può essere espresso come mancanza di eccitazione soggettiva mentale, di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) o di altre risposte somatiche (Basson et al., 2000). Ulteriori modifiche nosografiche sono riportate in *Tabella 8.7* (Basson et al., 2003).

Il *disturbo dell'eccitazione genitale femminile persistente (persistent sexual arousal disorders, PSAD)* è stato inserito nell'ultima classificazione. Indica un'eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione) spontanea, intrusiva e non gradita in assenza di desiderio e di interesse sessuale. La consapevolezza dell'eccitazione sessuale è tipicamente – ma non invariabilmente – spiacevole. L'eccitazione non è ridotta da uno o più orgasmi. La sensazione di eccitazione fisica può persistere per ore o giorni e più. Ha cause biologiche o sconosciute; provoca marcato stress personale nonché problemi interpersonali. È raro. Tuttavia, per la gravità di taluni fattori eziologici che possono sot-

**Tabella 8.7** NUOVA CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI SESSUALI FEMMINILI**Disturbi del desiderio****Disturbi del desiderio e dell'interesse sessuale nelle donne**

La donna non ha sensazioni di interesse o desiderio sessuale, o le riferisce molto diminuite; non ha pensieri o fantasie sessuali e manca anche del desiderio "responsivo" (in risposta cioè ad avances del/della partner). Non ha o ha poche motivazioni (ragioni o incentivi) a tentare di eccitarsi sessualmente. La mancanza di interesse sessuale è considerata eccessiva rispetto alle riduzioni ritenute fisiologiche per la fase del ciclo vitale (che la donna sta vivendo al momento della consultazione) e in rapporto alla durata della relazione.

**Disturbo da avversione sessuale**

Ansia estrema e/o disgusto al solo pensiero, e/o al tentativo di avere qualsiasi forma di attività sessuale.

**Disturbi dell'eccitazione sessuale****Disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale**

Le sensazioni mentali di eccitazione sessuale (eccitazione e piacere sessuale) derivanti da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale sono marcatamente diminuite o assenti. Possono comunque essere presenti la lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione.

**Disturbo genitale dell'eccitazione sessuale**

Mancata o ridotta eccitazione sessuale genitale. La donna può riferire una minima risposta di congestione vulvare e/o di lubrificazione vaginale a qualsiasi tipo di stimolazione sessuale, e ridotte sensazioni sessuali nelle carezze genitali. L'eccitazione sessuale soggettiva, mentale, può tuttavia essere presente grazie a stimoli sessuali non genitali.

**Disturbo misto, soggettivo e genitale, dell'eccitazione sessuale**

Assenza o marcata riduzione di sensazioni di eccitazione sessuale (eccitazione sessuale e piacere sessuale), associata ad assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare, lubrificazione vaginale) in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale.

**Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente**

Eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione) spontanea, intrusiva e non desiderata in assenza di desiderio e di interesse sessuale. La consapevolezza dell'eccitazione sessuale è tipicamente – ma non invariabilmente – spiacevole. L'eccitazione non è ridotta da uno o più orgasmi. La sensazione di eccitazione fisica può persistere per ore o giorni e più.

**Disturbo dell'orgasmo**

Mancanza di orgasmo, marcatamente ridotta intensità delle sensazioni orgasmiche o marcato ritardo dell'orgasmo in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale, nonostante un alto livello di eccitazione sessuale soggettiva.

**Disturbi sessuali caratterizzati da dolore****Dispareunia**

Persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale.

**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. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate.

*Per ogni disturbo, è necessario specificare:*

- a) se sia presente fin dall'inizio della vita sessuale (primario) o acquisito;
- b) se sia generalizzato o situazionale;
- c) quale sia il livello di stress emotivo associato al disturbo: assente, lieve, medio, grave;
- d) quale sia la causa: biologica, psicogena, mista o sconosciuta.

(Modificato da: Basson et al., 2003.)

**Tabella 8.8** SINDROME FEMMINILE DA CARENZA DI ANDROGENI

- Perdita di desiderio sessuale
- Diminuita vitalità e assertività
- Ridotta sensibilità alla stimolazione del clitoride e del capezzolo
- Diminuita capacità di eccitazione e di orgasmo
- Perdita di tono, forza e competenza muscolare
- Pelle secca, perdita di peli pubici

tenderlo, il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente va accuratamente indagato e mai banalizzato; la paziente va riferita a centri specializzati.

**Prevalenza.** I disturbi dell'eccitazione sessuale per difetto interessano il 15-19% della popolazione femminile sessualmente attiva tra i 18 e i 59 anni. Possono salire fino al 30-40% delle donne sessualmente attive in postmenopausa.

**Eziologia.** I disturbi dell'eccitazione sessuale per difetto riconoscono tre grandi eziologie. I sintomi più frequenti riportati in consultazione sono la secchezza vaginale e/o il dolore ai rapporti, che può associarsi a disturbi urinari (cistiti postcoitali, cistalgia, uretralgie), a loro volta associati a dispareunia con RR di 7,61 (CI 4,06-14,26),  $p < 0,05$ . Andranno indagati i fattori di seguito elencati.

**Tabella 8.9 ANAMNESI NEI DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE IN UOMINI E DONNE**

- *Presenza e frequenza di sogni a contenuto sessuale, e/o di fantasie sessuali volontarie e/o spontanee*: la loro presenza e tipo suggerisce che la componente biologico-istintuale, ossia l'interesse sessuale, è attivo.
- *Presenza e frequenza di episodi di eccitazione sessuale mentale e fisica, anche indipendentemente dal rapporto di coppia (su stimoli visivi, un film ad esempio, uditivi, una canzone, olfattivi)*: la componente biologica è attiva.
- *Motivazione al rapporto sessuale, in caso di coppia stabile*: dipende dalla qualità della relazione di coppia, dall'intimità, dalla soddisfazione, che vanno indagate, così come la possibilità di relazioni sessuali con altre persone.
- *Presenza e frequenza di masturbazione*: indica che il desiderio c'è ma viene investito su di sé e non sulla relazione per non disponibilità fisica o emotiva del/della partner, per conflitti, delusioni coniugali.
- *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, spesso associata a vaginismo e/o dispareunia, e/o ad aversione fobica nella donna; è rara nell'uomo.
- *Presenza o meno di rapporti con penetrazione, vaginale o anale*.
- *Se il coito è presente*, precisare: Chi comincia il rapporto? Come viene vissuto? È proposto, subito o accettato con soddisfazione? Qual è il sentimento dominante verso il/la partner: di desiderio, neutro o di aversione? Quale è il ruolo prevalente nel coito (attivo, passivo, recettivo)? Quali sono le motivazioni al coito? Esistono o meno fantasie sessuali durante il coito e, se sì, di quale tipo? Come va l'eccitazione (mentale e genitale)? Raggiunge l'orgasmo o no? È soddisfatta/o o no? Ci sono altri disturbi sessuali e non (comorbidità)?

## 1) I fattori biologici:

- a) la carenza ormonale di androgeni e/o estrogeni perché riduce l'effetto iniziatore e facilitatore che questi ormoni hanno sull'eccitazione centrale e genitale: 1) ipostrogenismi associati ad amenorree (ipotalamiche; in puerperio; in menopausa); 2) ipoandrogenismi iatrogeni: ovariectomia bilaterale, menopausa attinica o chemioterapica; farmaci antiandrogenici, quali il ciproterone acetato o la finasteride; 3) l'incremento di *Sex Hormone Binding Globulin (SHBG)*, in corso di terapia contraccettiva orale, di HRT orale, e/o di dieta ricca di fitoestrogeni;
- b) l'eccesso di prolattina, per il suo effetto inibitore sulle vie dopaminergiche;
- c) i disturbi vascolari: abuso di fumo, arteriosclerosi, ipertensione, diabete;
- d) le distrofie vulvo-vaginali: menopausa e invecchiamento causano involuzione delle strutture bulbo-cavernose e clitoridee e dei tessuti vaginali;
- e) il dolore genitale: il più *potente inibitore riflesso* dell'eccitazione specie 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 causi dolore;
- f) le malattie neurologiche: traumi midollari, come succede nelle donne paraplegiche; malattie neurologiche quali la sclerosi multipla.

## 2) I fattori psicosessuali: l'eccitazione, soprattutto mentale, può essere inibita da:

- a) inibizioni educative, se l'eccitazione viene colpevolizzata come inopportuna, prematura, indegna;
- b) mancanza di intimità emotiva;
- c) ansia da prestazione: può causare un picco plasmatico di adrenalina, con conseguente vasocostrizione e

- a) ridotta o inibita eccitazione fisica, anche nella donna;
- d) igiene inappropriata del/della partner: fattore disatteso nell'indagine clinica, è importante nella coppia stabile. Sono inibitori una scarsa attenzione all'aspetto fisico, all'igiene personale, alla seduttività fisica, più curate nelle fasi iniziali dell'innamoramento, un odore sgradevole e/o un gusto sgradevole dell'alito e dei baci;
- e) contesti avversivi, quando l'eccitazione è, o è stata vissuta, durante molestie, abusi e/o violenze, causando sensi di colpa, di indegnità e/o sentimenti paralizzanti di collusione involontaria, e/o quando si associa a una sindrome post-traumatica da stress;
- f) non accettazione della direzione del proprio desiderio: ad esempio, quando la persona non accetta la propria omosessualità, può inibire la propria eccitazione.

## 3) I fattori contesto-correlati:

- a) 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, specie durante la transizione menopausale;
- b) qualità della relazione di coppia, livelli di intimità o di conflittualità;
- c) 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.

**Diagnosi.** La diagnostica di primo livello nei disturbi dell'eccitazione per difetto, che hanno la massima probabilità di essere diagnosticati nella pratica clinica ambulatoriale, prevede:

- 1) *l'anamnesi, finalizzata a indagare la difficoltà a ottenere o mantenere una sufficiente eccitazione sessuale:*

## GINECOLOGIA

- a) mentale: "Ha difficoltà a sentirsi mentalmente eccitata o comunque coinvolta?". Se sì, indagare fattori psicosessuali e di coppia;
  - b) somatica non genitale: "Ha spesso la bocca secca mentre fa l'amore?". Una ridotta salivazione durante l'eccitazione sessuale può dipendere da un eccesso di adrenalina da ansia da prestazione, oppure da persistente carenza di estrogeni dopo la menopausa, oppure da sindrome di Sjögren;
  - c) genitale: "Ha secchezza vaginale o dolore ai rapporti?" "Ha difficoltà nell'eccitazione fisica?". Molte donne dicono testualmente "il mio clitoride è morto" indicando questa assenza di responsività, che può migliorare con la somministrazione di testosterone topico (sotto controllo medico!);
- 2) *l'esame obiettivo*, orientato in base all'anamnesi, dovrà valutare la presenza di *distrofia vulvo-vaginale*, inclusiva della valutazione del pH vaginale elevato nell'ipoestrogenismo, di *involuzione clitoridea*, associata o meno a *Lichen sclerosus*, di *iposensibilità cutanea e/o di cause di dolore* che possano provocare una inibizione riflessa dell'eccitazione mentale e soprattutto genitale;
- 3) gli *esami strumentali* saranno orientati in base all'anamnesi; potranno includere i dosaggi ormonali, oltre a valutazioni più specialistiche quando suggerito dall'anamnesi.

## Disturbi dell'orgasmo

**Definizione.** Disturbo dell'orgasmo è definito come persistente o ricorrente difficoltà a raggiungere l'orgasmo – nonostante un adeguato stimolo ed eccitamento – che causa stress personale.

**Prevalenza.** La difficoltà orgasmica è riportata nel 15-28% 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 un'incapacità limitata all'orgasmo coitale.

**Eziologia.** L'eziologia dei disturbi dell'orgasmo può essere *multifattoriale e multisistemica*. La causa principale è un' inadeguata eccitazione, mentale e fisica, che va esclusa. Andranno considerati i seguenti fattori.

*Fattori biologici:*

- 1) ormonali, per l'effetto della carenza, assoluta o relativa, di:
  - androgeni: riduzione della responsività della componente muscolare liscia dei corpi cavernosi clitoridei e bulbo-vestibolari;
  - estrogeni: l'inadeguata preparazione della piattaforma orgasmica, soprattutto nella forma dei tessuti vascolari congesti perivaginali e periuretrali;

- 2) invecchiamento-dipendenti con *distrofia genitale*;
- 3) iatrogeni, dovuti all'effetto collaterale di:
  - farmaci antidepressivi, sia del tipo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sia dei triciclici; anche gli antiandrogeni possono causare una inibizione selettiva (e reversibile) dell'orgasmo;
  - interventi ostetrici: parti operativi con forcipe e/o ventosa, parti con feti macrosomi, oppure con rotazione posteriore dell'occipite, e/o periodi espulsivi prolungati, sono tutte condizioni in cui sono 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;
  - interventi chirurgici, che abbiano leso il nervo pudendo (riducendo l'afferenza sensitiva); oppure coloplastiche iperzelanti che causano una riduzione della abitabilità vaginale e dispareunia, inibendo in modo riflesso l'eccitazione genitale e l'orgasmo;
  - radioterapia pelvica, per carcinomi cervicali, anali, vescicali, che può inibire l'orgasmo con una modalità complessa (da vasculopatia e neuropatia), cui va aggiunto l'effetto inibitorio riflesso da dispareunia per ridotte lubrificazione e abitabilità vaginale;
- 4) tossicologici: abuso cronico di alcol o droghe, quali marijuana, morfina o eroina, che deprimono l'attività del SNC e possono inibire l'orgasmo attraverso un'azione sedativa sia sul desiderio, sia sull'eccitazione mentale (inizialmente alcol e marijuana possono avere un effetto facilitatorio sull'orgasmo, perché possono ridurre l'ansia da prestazione e il controllo);
- 5) neurologici, da sclerosi multipla, che può ledere la componente nervosa dell'orgasmo;
- 6) muscolari:
  - da ipotono marcato, secondario a traumi ostetrici dell'elevatore dell'ano;
  - da ipertono, per inibizione riflessa causata dal dolore durante i tentativi di penetrazione (dispareunia) dell'elevatore dell'ano;
- 7) traumatici:
  - accidentali, da cadute, non solo con trauma clitorideo, ma anche 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 in ci-

- cliste/i, può causare un impoverimento della qualità orgasmica, oltre che parestesie genitali;
- rituali: l'infibulazione, con vario grado di lesione del clitoride e delle strutture bulbo-vestibolari può causare una lesione parziale o totale della capacità orgasmica genitale, soprattutto da stimolazione clitoridea;
- 8) vascolari e dismetabolici:
- fumo, arteriosclerosi, ipertensione possono determinare una comorbidità tra disturbi dell'eccitazione e dell'orgasmo;
  - il diabete può causare un danno orgasmico per la neuropatia che lo caratterizza;
- 9) urologici, da instabilità detrusoriale o vescica iperattiva, che causi un'incontinenza da urgenza al momento dell'orgasmo. Molte pazienti riportano allora un'inibizione selettiva dell'orgasmo per la paura che la perdita di urina si ripeta.

*Fattori psicosessuali e fattori contesto-correlati:* sono in comune con i disturbi del desiderio e dell'eccitazione. Analfabetismo erotico e inibizioni sessuali sono le cause principali di anorgasmia primaria.

**Diagnosi.** 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.* Va diagnosticata con:

- 1) *anamnesi*, essenziale per la definizione del disturbo. L'anorgasmia può essere *primaria* (se l'orgasmo non è mai stato percepito in alcuna forma, inclusi gli orgasmi durante il sonno con sogni, le fantasie sessuali, l'autoerotismo e i vari tipi di rapporto sessuale) o *secondaria* (se è acquisita dopo un periodo di normale responsività). Può essere *assoluta* (nessuna forma di orgasmo è mai stata percepita, in alcuna situazione e con alcun partner: quindi si tratta di un'impossibilità generalizzata) oppure *relativa* (limitata a un aspetto della stimolazione, a una situazione e/o ad un partner): è il disturbo più frequentemente portato in consultazione. Molte donne hanno orgasmi notturni, durante il sonno con sogni, ma non riescono ad averli con la stimolazione clitoridea e/o con la penetrazione. Altre hanno una facile risposta clitoridea ma non coitale. In presenza di *anorgasmia assoluta*, va indagato se la donna abbia mai avuto esperienza di autostimolazione genitale (masturbazione) e la qualità della medesima:
  - a) in caso negativo (mai masturbata), va approfondito il tipo di educazione sessuale ricevuta, restrittiva o sessuofobica, e/o eventuali effetti inibitori da esperienze negative di molestie, abusi, violenze sessuali, intra- ed extradomestiche, anche nell'infanzia;

- b) in caso positivo, in cui la stimolazione dei genitali esterni, personale o fatta dal/dalla partner, c'è o c'è stata, ma non ha dato luogo all'orgasmo, bisogna indagarne la qualità. A volte infatti è povera anche la qualità della stimolazione sessuale sia personale, sia fatta dal partner durante i preliminari: è possibile che la coppia condivida stili educativi molto simili ("analfabetismo erotico", per inibizioni da influenze religiose). La possibilità di un danno clitorideo da infibulazione va ipotizzata nelle donne che riferiscono di aver subito interventi genitali rituali nell'infanzia e/o nell'adolescenza.

Se l'*anorgasmia è coitale e primaria*, la donna ottiene l'orgasmo da sola, con stimolazione diretta (manuale) o indiretta (mediante strofinamento delle cosce, o contatto attraverso il vestiario o con oggetti): va indagato se con il/la partner l'orgasmo è ottenibile o meno con stimolazione manuale od orale. In caso negativo, questo può indicare ansia da prestazione, inibizioni, assenza di adeguato desiderio e/o di adeguata eccitazione mentale e/o fisica; in caso affermativo, si tratta di una anorgasmia coitale pura, un problema (o una caratteristica?) che interessa una donna su due. È opportuno indagare anche la presenza o meno di problemi del partner: eiaculazione precocissima, e/o deficit erettivo, perché in tal caso manca la stimolazione minima sufficiente per attivare l'orgasmo vaginale.

Se l'*anorgasmia è acquisita*, dopo un periodo di normale responsività orgasmica (onirica, clitoridea, e/o coitale): le circostanze e le modalità di comparsa del disturbo sono tra i più forti fattori predittivi sull'eziologia di questo tipo di anorgasmia. Attenzione all'anorgasmia acquisita da *urge incontinenza*, per l'effetto inibitorio che la paura di perdere urina all'orgasmo ha sulla disponibilità della donna a lasciarsi andare.

#### Esame obiettivo

- 1) *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;
- 2) *sessuologico genitale*
  - *ispezione:* aspetto dei genitali esterni, con particolare attenzione a dimensioni e trofismo clitorideo e dei genitali esterni: priapismo clitorideo, involuzione delle piccole labbra, *Lichen sclerosus*; traumi genitali e loro esiti cicatriziali (rituali da infibulazione o accidentali); danni iatrogeni (ostetrici; attinici, dopo radioterapia genitale);
  - *palpazione:* valuterà la presenza di clitoralgie; di punti di dolorabilità in caso di dispareunia e vaginismo; tono, trofismo e competenza motoria del muscolo ele-

## GINECOLOGIA

vatore 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 le strategie terapeutica, medica, psicosessuale o relazionale.

### Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

Il dolore genitale non è (quasi) mai psicogeno. Ha solidissime basi biologiche. Sfortunatamente, la banalizzazione e/o la negazione del dolore nelle donne ("È impossibile che senta male", "Vada dallo psicologo") ha portato a una grave omissione diagnostica nei confronti delle cause mediche di dolore. Nello specifico, i disturbi sessuali caratterizzati da dolore sono tra i più frequenti e meno diagnosticati disturbi algici in ambito pelvico. 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 eziologica a sé stante della dispareunia (Basson et al., 2000). Questo indica bene il persistente limite interpretativo di genere che ha condizionato la diagnostica dei FSD, rispetto ai disturbi sessuali maschili.

**Definizione.** I disturbi sessuali caratterizzati da dolore includono (Basson et al., 2000):

- 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 (associato o meno a un variabile grado di fobia della penetrazione);
- 3) i *disturbi sessuali non coitali* caratterizzati da dolore (ad esempio la clitoralgia o il dolore al vestibolo vulvare durante il petting).

Ulteriori modifiche elaborate in una successiva revisione sono riportate in *Tabella 8.7*.

**Prevalenza.** La dispareunia colpisce il 15-19% delle donne in età fertile, fino al 31-39% di quelle in postmenopausa. Il vaginismo interessa probabilmente lo 0,5-1% della popolazione: il dato è controverso in quanto non esistono studi epidemiologici specificamente focalizzati su questo disturbo, in genere inglobato nel più generale sintomo della dispareunia. I disturbi sessuali non coitali sono rari.

### DISPAREUNIA

**Eziologia.** L'eziologia della dispareunia è multifattoriale e multisistemica.

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

- 1) introitale o superficiale;
- 2) mediovaginale;
- 3) profonda.

In relazione all'eziologia, le cause possono essere biologiche, psicosessuali e/o relazionali, spesso interagenti tra loro (*Tabella 8.10*). Il ginecologo è responsabile della diagnosi medica del dolore sessuale nella donna.

#### Cause biologiche

Sono diverse a seconda della sede del dolore. È utile distinguerle in cause di:

- 1) *dispareunia superficiale o introitale e mediovaginale*:
  - ormonali: perdita di estrogeni e di androgeni, con conseguenti distrofie vulvo-vaginali;
  - infiammatorie: vaginiti, vestibolite vulvare (causa più frequente di dispareunia in età fertile; ha tre sintomi: dispareunia, rossore del vestibolo, dolore acuto alle 5 e alle 7, immaginando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio, *Tabella 8.11*); cistiti postcoitali, 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;
  - anatomiche: imene cribroso, rigido, agenasia vaginale (sindrome di Rokitansky), rari;
  - muscolari: ipertono, mialgia tensiva del pavimento pelvico;
  - iatrogene: effetti collaterali della chirurgia perineale, tra cui episiotomia-rrafia; vaginale: colpoplastiche anteriori e posteriori; esiti della chirurgia pelvica, specie radicale per tumori; esiti di radioterapia vaginale e pelvica;
  - neurologiche: neuropatie sistemiche e periferiche;
  - connettive e immunitarie: sindrome di Sjögren;
  - 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: dal punto di vista eziopatologico è in gioco una particolare vulnerabilità dei sistemi del dolore periferici e centrali. In tali casi il dolore si evolve da "nocicettivo", 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 e diventa malattia in sé. Questa evoluzione

**Tabella 8.10 EZIOLOGIA DELLA DISPAREUNIA****Cause biologiche****Di dispareunia superficiale e mediovaginale:**

- infettive/infiammatorie: vulviti, vestiboliti vulvari, vaginiti
- ormonali: atrofie e distrofie vulvo-vaginali;
- anatomiche: imene cribroso, fibroso, agenesia vaginale
- muscolari
- iatrogene
- neurologiche, incluso il dolore neuropatico
- connettive e immunitarie
- vascolari

**Di dispareunia profonda:**

- endometriosi
- malattia infiammatoria pelvica (PID)
- varicocele pelvico
- dolori mialgici riferiti
- esiti di radioterapia pelvica ed endovaginale
- sindrome da intrappolamento dei nervi pudendi

**Cause psicosessuali**

- Comorbidità con disturbi del desiderio e dell'eccitazione
- Pregresse molestie e abusi sessuali
- Disturbi affettivi: depressione e ansia
- Catastrofismo come modalità psicologica dominante

**Cause relazionali**

- Mancanza di intimità emotiva
- Preliminari inadeguati
- Conflitti coniugali e abusi verbali e fisici da parte del partner
- Insoddisfazione sessuale e conseguente inadeguata eccitazione
- Scarsa compatibilità dimensionale anatomica genitale
- Problemi sessuali del partner

(Da: Graziottin A., Il ginecologo e la dispareunia, in Leiblum Sr, Rosen R., Principi e pratica delle terapie sessuali, ed. italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, Roma: CIC Edizioni, 2004 (in press), con autorizzazione.)

del dolore è mediata dalla iperproduzione di *Nerve Growth Factor* (NGF), da parte del mastocita iperattivo. L'interazione infiammatoria-immunitaria-nervosa sta emergendo come fattore primario nella cronicizzazio-

ne e nella difficile curabilità di molte sindromi algiche croniche tra cui la dispareunia da vestibolite vulvare; 2) *dispareunia profonda*, che includono:

- l'endometriosi;

**Tabella 8.11 FATTORI BIOLOGICI COINVOLTI NELLA VESTIBOLITE VULVARE**

- *La mucosa del vestibolo vulvare* (VV), sede di intensa risposta infiammatoria mediata dal mastocita.
- *Il sistema immunitario*: il mastocita iperattivo produce in quantità aumentate: a) chinine, sostanza P e altri mediatori dell'infiammazione, che causano edema, gonfiore e bruciore locale; b) *Nerve Growth Factor* (NGF), il fattore di crescita dei nervi, che causa proliferazione delle terminazioni nervose del dolore nell'area infiammata, con iperalgesia (aumento della percezione del dolore) e allodinia (viraggio della sensazione da tattile a bruciore urente, per la superficializzazione delle fibre del dolore).
- *Il sistema nervoso*: a) nelle *vie e centri del dolore* con dimostrate iperalgesia periferica e riduzione della soglia centrale del dolore; b) nel *sistema limbico* che modula la risonanza affettiva del dolore (depressione e ansia); c) nel *sistema neurovegetativo* che media le risposte automatiche al dolore della penetrazione: ipertono muscolare difensivo, tachicardia, sudorazione fredda, vasocostrizione.
- *Il sistema muscolare*: con meccanismo universale negli essere viventi dotati di muscoli, il dolore attiva la contrazione difensiva nell'area dolente, per proteggere i tessuti da ulteriore trauma e dolore. Nel pavimento pelvico, la contrazione difensiva dell'elevatore dell'ano, se persistente in risposta alla VV e al dolore, può dar luogo a una franca mialgia e diventare cofattore di mantenimento del dolore.
- *Il sistema vascolare*: l'eritema vestibolare è epifenomeno della vasodilatazione superficiale neurogena, mediata dal peptide correlato al gene della calcitonina (*Calcitonin Gene-related Peptide*) liberato dai nocicettori C mecano-sensibili. Può causare vasodilatazione e picchi di dolore riflessi anche a livelli molto bassi di attività.

(Da: Graziottin A., Il ginecologo e la dispareunia, in Leiblum Sr, Rosen R., Principi e pratica delle terapie sessuali, ed. italiana aggiornata a cura di A. Graziottin, Roma: CIC Edizioni, 2004 (in press), con autorizzazione.)

## GINECOLOGIA

- la malattia infiammatoria pelvica (PID);
- il varicocele pelvico;
- i dolori riferiti, soprattutto a genesi mialgica da *trigger points*, specie sull'elevatore dell'ano;
- esiti di radioterapia;
- sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES, *Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome*) e pelvici (sindrome da intrappolamento del nervo pudendo).

**Fattori psicosessuali:** vaginismo, disturbi dell'eccitazione, perdita di desiderio, pregresse molestie o abusi sessuali 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.

**Fattori relazionali:** conflitti, relazioni di abuso, poca attenzione ai preliminari possono contribuire al dolore coitale. I fattori che concorrono al dolore coitale possono essere distinti in:

- a) favorenti: difficoltà psicosessuali primarie, quali scarso desiderio, difficoltà di eccitazione e/o vaginismo, maggiore sensibilità al dolore, ansia elevata;
- b) precipitanti: vaginiti e vulviti recidivanti, ipoestrogenismi, episiotomia, laser vulvare ecc.;
- c) di mantenimento: ipertono difensivo dei muscoli perivaginali, iperattività del mastocita, con aumentata produzione di mediatori del dolore e di NGF, proliferazione delle terminazioni nervose del dolore a livello vestibolare, fino a 10 volte la norma (!), inibizione riflessa della lubrificazione a causa del dolore, caduta secondaria del desiderio, crisi coniugali a causa della difficoltà persistente ai rapporti.

I diversi fattori in gioco devono essere diagnosticati con accuratezza, altrimenti è impossibile ottenere la risoluzione del dolore.

**Diagnosi.** Sede e caratteristiche del dolore, e momenti di comparsa del medesimo, sono i fattori predittivi più importanti della eziologia organica della dispareunia; una accurata visita ginecologica è in grado di riprodurre le sensazioni e la sede del dolore nel 90% dei casi. 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. Un'accurata anamnesi deve indagare:

- 1) *dove* la donna prova dolore; se in sede *introitale*: vestibolite, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraenti, esiti iatrogeni di chirurgia

vaginale (colpoplastica iperzelante); imene cribroso o fibroso, agenesia vaginale (rari); *mediovaginale laterale*: ipertono dell'elevatore dell'ano fino a mialgia con tender e/o trigger points; *mediovaginale anteriore*: cistalgia, trigonite, uretrite; *introitale e mediovaginale posteriore*: ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo; *vaginale profonda*: endometriosi, PID, dolori riferiti ecc.;

- 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 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 20-38% 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).

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 piena risoluzione del sintomo nel 70-85% dei casi, di altri sintomi sessuali associati, della durata e del significato del sintomo, nonché delle implicazioni relazionali, prima di una efficace presa in cura.

**VAGINISMO**

**Eziologia.** Le classificazioni correnti escludono le cause biologiche di vaginismo. Posizione discutibile se si considera che ogni fenomeno psichico o, a maggior ragione, comportamentale, qual è il vaginismo, ha sempre forti correlati biologici, magari non ancora compresi che vanno inclusi nel più ampio capitolo della dispareunia. L'eziologia del vaginismo è ancora poco chiarita.

Le *cause* o le *situazioni psicosessuali* più frequentemente associate al vaginismo sono:

- inibizioni educative e/o religiose;
- paura dell'aggressività implicita nella penetrazione (spesso condivisa con il partner);
- ipervalutazione della verginità;
- paura della "prima volta" (per il sangue e/o il dolore, temuti per racconti traumatici uditi nell'infanzia);

- personalità ansiosa, con disturbi d'ansia e comorbidità con fobie o attacchi di panico;
- comorbidità primaria con altri disturbi sessuali, specie la carenza di desiderio e le difficoltà di eccitazione, spesso presenti fin dall'inizio della vita sessuale;
- molestie sessuali (la cui prevalenza non è peraltro superiore alla popolazione generale);
- eccessivo attaccamento alla famiglia di origine: la donna si sente più "figlia di" che "moglie di". L'inibizione della penetrazione può essere una barriera simbolica e territoriale ("inconscia").

Le cause biologiche possono essere riconducibili a:

- vulnerabilità del sistema neurobiologico dell'ansia-paura (il che spiega la comorbidità con altri disturbi fobici e attacchi di panico, nonché l'efficacia di antidepressivi ad azione ansiolitica, quali la paroxetina, nel ridurre il terremoto neurovegetativo associato al vaginismo);
- un ipertono (miogeno?) dell'elevatore dell'ano, almeno in un sottogruppo di queste pazienti.

### Diagnosi.

**Anamnesi.** Il vaginismo è la causa femminile più frequente di *matrimonio bianco*, o comunque di rapporto non consumato. (La causa maschile più frequente di rapporto non consumato è il deficit erettivo.) La donna dice che non riesce in alcun modo ad accettare la penetrazione, nonostante ami molto il marito, desideri avere un figlio e non abbia nessun motivo per essere così spaventata. In genere il marito, o il partner, è gentile, comprensivo, poco o nulla aggressivo. Spesso la coppia attende anche dieci anni prima di trovare il coraggio di chiedere aiuto. In genere, il fattore motivante è il desiderio di un figlio. A volte, la prima visita è stata talmente traumatica e aggressiva che la donna ha bisogno di anni prima di ritrovare il coraggio di chiedere aiuto. È indispensabile valutare la coppia, e non solo la donna: il partner spesso ha avuto la stessa educazione repressiva e inibente; può avere indipendenti problemi sessuali, "mascherati" dal più evidente problema di lei (scarso desiderio, deficit erettivi, eiaculazione precocissima); può condividere la stessa paura dell'aggressività sessuale.

**Esame obiettivo.** Va condotto con gentilezza e rispetto, senza aggredire la donna verbalmente. È indispensabile spiegare alla donna come controllare i muscoli perineali e come distenderli e rilassarli prima della visita; va evitato l'inserimento dello speculum la prima volta (in una donna già terrorizzata può essere davvero traumatico; di fatto un abuso). Se la reazione fobica è elevata, è meglio iniziare una terapia farmacologica prima della prima visita ginecologica. Due grandi variabili, presenti nel vaginismo, devono essere considerate perché condizionano la prognosi e la strategia terapeutica:

- 1) l'intensità della reazione fobica alla sola idea o ai tentativi della penetrazione: può variare da lieve a così severa da impedire il semplice contatto dei genitali anche alla paziente stessa. Spesso è in comorbidità con altri disturbi fobici e disturbi d'ansia;
- 2) l'intensità della contrazione muscolare difensiva: essa può essere localizzata ai muscoli perivaginali; può essere persistente o limitata ai soli tentativi di penetrazione; oppure può essere generalizzata, tipicamente in associazione alla fobia severa. In questi ultimi casi è presente una forte reazione neurovegetativa sistemica, con tachicardia, tachipnea, sudorazione fredda e profusa, contrazione muscolare difensiva, mimica terrorizzata. La paziente può svenire se il medico insiste nel tentare la visita. Un attacco di panico o una reazione fobica, alla sola idea della penetrazione non hanno nulla a che vedere con la volontà: la gentilezza e la rassicurazione sono gli strumenti migliori per creare una positiva alleanza terapeutica.

## DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

I disturbi della funzione sessuale maschile (*Male Sexual Disorders, MSD*) aumentano di prevalenza con l'età, ad eccezione dell'eiaculazione precoce. La probabilità di un'eziologia biologica aumenta in parallelo alla comorbidità cardiovascolare, dismetabolica, ormonale. Possono presentarsi in forma isolata: ad esempio l'uomo può soffrire di un disturbo isolato dell'eiaculazione, con desiderio ed erezione conservati; oppure di un disturbo dell'erezione, con normale desiderio ed eiaculazione. È più probabile la presenza di più disturbi ("comorbidità") sia sessuali sia con altre condizioni mediche, quando il problema sessuale è grave e persistente nel tempo. I principali disturbi della funzione sessuale maschile sono riassunti in *Tabella 8.12*.

**Tabella 8.12** DISTURBI SESSUALI MASCHILI

- Disturbi del desiderio: per difetto; per eccesso: di tipo parafilico o non parafilico.
- Disturbi dell'erezione: di induzione, di mantenimento; parziali, completi.
- Disturbi dell'eiaculazione: prematura, ritardata, retrograda, impossibile.
- Disturbi dell'orgasmo: anorgasmia, ipo-orgasmia, anedonia, orgasmo senza eiaculazione ed eiaculazione senza orgasmo.
- Disturbi sessuali coitali caratterizzati da dolore (dispareunia maschile).
- Disturbi della soddisfazione: fisica e/o emotiva.

## GINECOLOGIA

Anche per ogni disturbo sessuale maschile deve essere precisato:

- se sia *primario*, ossia presente fin dalle prime esperienze o *secondario*, acquisito dopo un periodo di normalità;
- se sia *generalizzato*, in ogni situazione ed espressione sessuale e con ogni partner, in tal caso suggerendo una eziologia più biologica; oppure *situazionale*, limitato a contesti e/o a una partner particolare, suggerendo una eziologia disfunzionale, psicosessuale e/o relazionale;
- il *grado di stress* o di disagio personale e interpersonale che il disturbo provoca;
- l'*eziologia*, *organica*, *psicogena*, *mista* (organica e psicogena) o *sconosciuta*, se gli elementi che il clinico esamina non consentono una diagnosi positiva in alcuna delle categorie precedenti.

### Disturbi del desiderio

I disturbi del desiderio *per difetto* (*desiderio sessuale ipoattivo*) sono caratterizzati da riduzione delle fantasie e dell'immaginario erotico, dell'interesse e della motivazione sessuale.

I disturbi del desiderio *per eccesso* confluiscono nei disturbi dell'ipersessualità maschile. L'eccesso di desiderio può essere:

- 1) di tipo parafilico, termine che sostituisce il più antico "perversione", il quale grondava giudizio morale da ogni sillaba. È associato ad alterazioni dell'immaginario erotico e del comportamento sessuale, quali feticismo, travestitismo, voyerismo, esibizionismo, sadomasochismo e così via. Nel complesso, le parafilie hanno un rapporto di 20 a 1, tra uomini e donne;
- 2) di tipo non-parafilico, in cui l'aumento del desiderio sessuale comporta un aumento della masturbazione, della frequenza dei rapporti sessuali, della dipendenza da pornografia o Internet, una possibile promiscuità, senza alterazioni di tipo parafilico. Disturbi misti sono comunque frequenti. Per approfondimenti, si rimanda a testi specialistici.

**Prevalenza.** Secondo Laumann, tra i 18 e i 59 anni, il 16% della popolazione maschile soffre di disturbi del desiderio per difetto (perdita di desiderio); il 3,1% soffre di disturbi del desiderio per eccesso, con ipersessualità.

**Eziologia.** I disturbi del desiderio *per difetto* possono essere:

- 1) *primari*, ossia presenti fin dall'inizio della vita sessuale; hanno cause biologiche (ipogonadismi primari, iperprolattinemia da adenomi ipofisari), psicosessuali (identità indifferenziata), oppure miste, biologiche e psicosessuali.

2) *secondari o acquisiti*. Possono avere cause principali:

- a) *biologiche*: carenza di androgeni, specie di testosterone e di DHEA; depressione, stress cronico, ansia da prestazione che, isolati o insieme, possono spesso somatizzarsi in un più significativo deficit erettivo di tipo disfunzionale; abuso di alcol o droghe (oppiacei, marijuana); invecchiamento; malattie sistemiche, che possono interferire con il desiderio sia per effetto della malattia in sé, sia come conseguenza di terapie mediche e/o chirurgiche;
- b) *psicosessuali, personali o di coppia*: solitudine, divorzio, vedovanza; oppure conflitti, delusioni, frustrazioni, tradimenti, sabotaggi sessuali, confronti perdenti con rivali reali o immaginari, eccessiva fusionalità nel rapporto, dipendenza dalla partner o paura della sua aggressività erotica possono concorrere a una caduta del desiderio sessuale. La dinamica relazionale può essere la chiave per cambiare i copioni comunicativi e sbloccare una situazione di desiderio stagnante.

I disturbi del desiderio *per eccesso* sono spesso associati a patologie psichiatriche, tra cui disturbi della personalità, disturbo nel controllo degli impulsi, disturbi di tipo ossessivo compulsivo, disturbi affettivi (depressione e/o ansia), uso di droghe eccitanti (cocaina, anfetamine).

### Diagnosi.

- 1) Anamnesi accurata, con attenzione alla comorbidità con disturbi dell'erezione e/o dell'eiaculazione, che spesso causano la caduta del desiderio sessuale;
- 2) valutazione psicodinamica e/o psichiatrica, se indicata;
- 3) dosaggi plasmatici di testosterone totale e libero, prolattina, eventualmente TSH e DHEA se l'anamnesi è suggestiva di astenia sessuale, con basso desiderio fisico e buona/alta motivazione; oppure di anergia sessuale, con basso desiderio fisico e bassa motivazione sessuale, in quest'ultimo caso spesso in comorbidità con la depressione.

### Disturbi dell'eccitazione/erezione

Il disturbo dell'erezione (DE) indica la "difficoltà ottenere e/o mantenere un'erezione peniena sufficiente per una soddisfacente performance sessuale", secondo la *Consensus Conference* organizzata dal *National Institute of Health* statunitense, tenutasi nel 1992. La *Consensus* bandì il termine impotenza, preferendogli il meno giudicante "deficit erettivo". Di fatto il DE indica un disturbo dell'eccitazione sessuale genitale.

**Prevalenza.** Il 52% degli uomini tra i 40 e i 70 anni riferisce di soffrire di un variabile DE: il 17% ne soffre in modo lieve, il 25% moderato e il 10% grave con una completa as-

senza anche di erezioni notturne e mattutine. La prevalenza di DE aumenta con l'età.

**Eziologia.** Il rischio di DE aumenta con l'età, la bassa scolarità (per la probabile associazione con stili di vita inadeguati), il diabete e le malattie cardio-vascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, aterosclerosi). Il fumo costituisce il più forte fattore predittivo di deficit erettivo su base vascolare. Radioterapia pelvica per cancro della prostata, traumi midollari con paraplegia, malattie croniche possono tutti causare o concorrere al deficit di erezione (*Tabella 8.13*). Dal punto di vista psicologico, depressione, rabbia, ansia, stress per perdita del lavoro o seri problemi personali e familiari possono concorrere a causare o precipitare un deficit erettivo. Un'associazione significativa è stata trovata anche tra pregresse esperienze negative sessuali e la salute emotiva generale.

I meccanismi della disfunzione erettile sono riassumibili in:

- 1) difficoltà/incapacità di iniziare l'erezione, per ridotta trasmissione nervosa al pene, per cause psicogene, endocrine, neurogene;
- 2) difficoltà/incapacità di riempimento dei corpi cavernosi del pene, per inadeguato flusso arterioso, secondario ad arteriosclerosi o esiti di traumi genitali;
- 3) difficoltà/incapacità di tenuta dell'erezione, per aumentato deflusso venoso dal pene, per inadeguato rilassamento della muscolatura liscia dei corpi cavernosi e/o per fibrosi della muscolatura liscia.

#### Diagnosi.

- 1) *Anamnesi*, per l'approfondimento di comorbidità medica e fattori di rischio sistemici, tra cui il fumo, il diabete e le malattie cardio-vascolari;
- 2) *esame obiettivo*, generale e genitale, e valutazione pressoria;
- 3) *esami ematochimici*, con attenzione a *glicemia* e *profilo lipidico*;

**Tabella 8.13** PRINCIPALI CAUSE BIOLOGICHE DI DEFICIT ERETTIVO

- Fumo
- Malattie cardio-vascolari (ipertensione, aterosclerosi ecc.)
- Diabete
- Dislipidemie
- Depressione
- Malattie neurologiche (traumi midollari, malattie demielinizzanti)
- Chirurgia pelvica (specie per cancro prostatico, dopo prostatectomia radicale)
- Malattie croniche
- Farmaci (antiandrogeni,  $\beta$ -bloccanti tiazidici, SSRI ecc.)

- 4) *ecografia peniena dinamica* (ecodoppler), in cui si valutano i flussi arteriosi e venosi e la possibile compromissione vascolare;
- 5) *test delle erezioni notturne* (NPT) che riconosce la presenza o meno di erezioni notturne in numero di tre-quattro per notte, sincrone alle fasi di sonno con sogni, detto sonno REM. Il test è utile in pazienti con elevata ansia diurna che interferisce con l'erezione: la presenza di normali erezioni durante la notte, quando l'ansia è minima, confermerà la natura disfunzionale del disturbo;
- 6) ulteriori esami, quali ad esempio la cavernosografia, sono di stretta competenza urologica e vanno riservati a casi selezionati.

#### Disturbi dell'eiaculazione

Si esprimono in un'ampia gamma (*Tabella 8.14*). I più frequenti sono i disturbi del tempo eiaculatorio e in particolare l'eiaculazione precoce o prematura (EP), alla quale ci limiteremo. L'EP è il più frequente disturbo sessuale nell'uomo. Non si è ancora raggiunto un consenso sulla definizione del disturbo, sull'eziologia delle sue determinanti comportamentali, e nemmeno sulle strategie terapeutiche.

**Definizione.** Persistente o ricorrente eiaculazione con minima stimolazione sessuale, prima, durante o dopo la penetrazione e *prima che la persona lo desideri*. Il clinico deve considerare i fattori che influiscono sulla fase di eccitazione, come l'età, l'intimità con un/una nuovo/a partner sessuale, la situazione e anche la frequenza recente dei rapporti. Il disturbo causa marcato stress e difficoltà interpersonali.

La EP è diventata un "problema" meritevole di trattamento solo nei decenni recenti (per lo meno nel mondo occidentale), quando la *durata del rapporto* e il *piacere di entrambi i partner* sono diventati importanti rispetto al solo obiettivo riproduttivo. Per l'uomo il significato della sessualità e del sintomo è prezioso sia per comprenderne l'impatto psicosessuale e l'entità dello stress ad esso associato, sia per ottimizzare prognosi e terapia.

**Prevalenza.** Secondo Laumann ne soffre circa il 30-32% degli uomini.

**Eziologia.** La *predisposizione genetica* condiziona i tempi medi del riflesso eiaculatorio dopo l'introduzione in vagina. Il tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (TLEI) indica l'intervallo di tempo tra inizio della penetrazione ed eiaculazione. La velocità con cui il riflesso può essere attivato dipende da: *fattori genitali*, che riguardano la sensibilità del glande e l'intensità dello stimolo erotico e sensoria-

**Tabella 8.14 CLASSIFICAZIONE CLINICA COMPARATA DELLE DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI E FEMMINILI**

Disfunzione sessuale	Uomini	Donne
<b>Disturbi del desiderio sessuale</b>		
Desiderio sessuale ipoattivo	+	++
Desiderio sessuale iperattivo-ipersessualità	++	-/+
Avversione sessuale	-/+	++
<b>Disturbi dell'eccitazione</b>		
Inadeguata eccitazione mentale	+	++
Inadeguata eccitazione genitale (erezione nell'uomo, congestione genitale e lubrificazione nella donna)	++	++
Disturbo misto dell'eccitazione (mentale e genitale)	+	++
Sindrome dell'eccitazione femminile persistente	?	-/+
Eccitazione dolorosa	+	-/+
<b>Disturbi dell'orgasmo</b>		
Orgasmo precoce (con eiaculazione precoce)	++	?
Orgasmo ritardato o impossibile	+	++
Orgasmo ipoedonico (scarsa intensità)	++	++
Orgasmo doloroso	+	-/+
Aneiaculazione con orgasmo conservato	+	0
Eiaculazione senza orgasmo	+	0
Eiaculazione retrograda con ipo-anedonia	+	0
<b>Disturbi sessuali caratterizzati da dolore</b>		
Dispareunia	-/+	++
Vaginismo	0	+
Disturbi dolorosi sessuali non coitali	?	-/+
<b>Disturbi della soddisfazione</b>		
	++	++

+ sporadico; ++ frequente; -/+ casi clinici ("case report"); 0 assente per differenze anatomiche; ? non riportato a conoscenza dell'Autrice ma meritevole di ricerca.

(Da: Graziottin A. Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions, in Kandeel F, Lue T, Pryor J, Swerdloff R (eds). Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment. New York: Marcel Dekker, 2004 (in press), con autorizzazione.)

le; *fattori corticali*: livello di eccitazione mentale, qualità della relazione di coppia, percezione eccitante o inibente del contesto. Fibre cortico-midollari, ad azione facilitatoria o inibitoria, modulano l'azione dei neuroni midollari che mediano il riflesso orgasmico. Un'elevata eccitazione mentale, o un'ansia elevata, possono accelerare il riflesso; tecniche di autocontrollo, quali il training di rilassamento o lo yoga, ma anche farmaci che inibiscono la ricaptazione della serotonina (SSRI) possono invece rallentarlo in modo significativo.

Il TLEI può essere accelerato da *fattori*:

- 1) *biologici*, in particolare dal dolore, in caso di fimosi; da infiammazioni quali prostatiti, che andranno quindi indagate, soprattutto nelle forme acquisite o in fase di peggioramento; nell'EP ingravescente o di recente comparsa negli uomini sopra i 40 anni, va indagato un concomitante DE, di cui la precocità potrebbe essere solo un epifenomeno, oppure la malattia di La Peyronie, di cui il dolore eiaculatorio con accelerazione del riflesso può essere uno dei primi sintomi (insieme al recurvatum del pene in erezione e alla comparsa di placche fibrose nello spessore dell'albuginea);

- 2) *psicosessuali*, quali l'inesperienza, l'ansia, il senso di colpa, la vergogna, la paura di essere scoperti (specie nei giovanissimi);
- 3) *contestuali*, relazionali per conflitti, tensioni, frustrazioni, inadeguatezze nella relazione di coppia; perché la partner soffre di dispareunia o vaginismo; oppure per contesti a rischio di essere scoperti o disturbati.

**Diagnosi.** La precocità eiaculatoria è crescentemente riferita al medico che la valuterà mediante:

- 1) *anamnesi*: indagare se *primaria*, o *acquisita*, se sia *generalizzata* o *situazionale*. Per l'*eziologia*, chiedere se il paziente avverte una difficoltà mentale a controllare il riflesso ("mi scappa il controllo"); se avverte un eccesso di sensibilità al glande, o entrambe, perché questo orienta le opzioni terapeutiche; se il paziente avverte dolore, che può accelerare il riflesso, al momento dell'eiaculazione: per fimosi, nelle forme primarie, oppure per malattia di La Peyronie, nelle forme acquisite. Il TLEI andrebbe valutato con la tecnica dello stop-watch, ossia con il cronometro;
- 2) *esame obiettivo genitale*: per diagnosticare o escludere fi-

mosi, prostatiti o altre cause di accelerazione del riflesso eiaculatorio;

- 3) eventuali test di valutazione del riflesso bulbo-cavernoso vanno riservati a casi particolari.

### Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

La dispareunia, nell'uomo giovane, può essere causata soprattutto da fimosi serrate. Nell'uomo adulto e anziano, la causa più frequente è la malattia di La Peyronie, caratterizzata da fibrosi dell'albuginea, recurvatum secondario del pene in erezione e dolore, specie nell'erezione completa e/o nell'eiaculazione.

## APPROCCIO TERAPEUTICO ALLE DISFUNZIONI SESSUALI

L'approccio terapeutico richiede un gruppo di lavoro multidisciplinare, così da poter personalizzare il trattamento con equilibrio di sguardo clinico tra fattori biologici, psicologici e relazionali.

Sul fronte medico la prognosi è migliore quando la diagnosi è precoce, la terapia tempestiva, e quando le altre condizioni psicologiche, personali e di coppia, siano favorevoli o comunque migliorabili.

Le terapie possono essere farmacologiche, riabilitative, chirurgiche, sessuologiche, psicoterapiche, individuali e di coppia.

Verranno qui esaminate solo le principali opzioni terapeutiche mediche di FSD e MSD, nella loro applicazione clinica di primo livello. Si rimanda a testi specifici per le terapie più complesse di tipo psicologico e sessuale. La comorbidità, tra differenti FSD, è frequente soprattutto nelle eziologie di tipo biologico, data la natura sistemica dell'azione endocrina. L'aiuto che il ginecologo può offrire quando la diagnosi comprenda una causa biologica verrà quindi analizzato nella prospettiva del tipo di opzione terapeutica prescelta.

### Terapie mediche dei disturbi sessuali femminili

Il clinico valuterà l'indicazione e/o la combinazione più indicata, considerata la frequente comorbidità sia tra diverse FSD, sia tra FSD e altre patologie mediche. In sintesi, le opzioni sono di seguito elencate.

#### Terapie ormonali.

a) Locali:

- *estrogeni per via vaginale*: migliorano trofismo e lubrificazione vaginale, con abbassamento del pH e ripri-

stino del normale ecosistema; migliorano molti sintomi urinari associati alla distrofia uro-vaginale;

- *testosterone propionato* in vaselina filante all'1 o 2%: applicazioni vulvari. Utilizzata, oltre ai cortisonici, per la terapia del *Lichen sclerosus* questa terapia è in corso di valutazione con indicazione sessuologica, soprattutto dopo la menopausa. Va monitorato il livello plasmatico di testosterone, per evitare livelli sopra fisiologici se le dosi e/o l'assorbimento sono eccessivi;

b) sistemiche:

- *estrogeni*: possono migliorare l'eccitazione centrale e periferica, genitale e non genitale. In caso di secchezza vaginale, nonostante una terapia sistemica in corso (estroprogestinici a bassissimo dosaggio, a scopo contraccettivo, o HRT), integrare la terapia con un supplemento di terapie estrogeniche locali;
- *androgeni*: possono costituire un'adeguata terapia in caso di ovariectomia bilaterale, monitorando i livelli plasmatici per garantire il mantenimento dei livelli entro range fisiologici per la donna. In Italia è da decenni disponibile in fiale per uso intramuscolare, una volta al mese, il deidroepiandrosterone enantato, 200 mg, in combinazione con l'estradiolo valerato, 4 mg, di particolare interesse nelle donne con menopausa chirurgica. Il tibolone e le combinazioni estroprogestiniche con progestinici di derivazione androgenica presentano un profilo d'azione favorevole al miglioramento della risposta sessuale in postmenopausa.

#### Terapie farmacologiche non ormonali.

- a) Topiche: con creme o gel da applicare sulla vulva, con varie combinazioni di principi attivi (presentano discontinue valutazioni in letteratura);
- b) sistemiche: terapie orali con *sildenafil* hanno dato risultati controversi; i risultati positivi sono presenti in campioni di donne ben selezionate, con disturbo specifico e selettivo dell'eccitazione genitale. Sono in corso di valutazione le possibilità terapeutiche con *tadalafil* e *vardenafile*, gli altri due inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5, efficaci farmaci vasoattivi che agiscono con lo stesso meccanismo di azione del sildenafil. Molti altri principi attivi, tra cui *l'apomorfina*, sono in corso di valutazione.

#### Terapia riabilitativa.

- a) *Vasoattiva meccanica*: l'*Eros Clitoral Device* (Eros-CTD) è indicato nei disturbi dell'eccitazione genitale e/o di orgasmo, è l'unica terapia sessuale per le donne finora approvata dalla Food and Drug Administration, l'agenzia americana per la valutazione dei farmaci e dei dispositivi terapeutici;
- b) *antalgica*, la correzione delle cause di dolore richiede la cura di eventuali fattori favorevoli, precipitanti o promo-

## GINECOLOGIA

**Tabella 8.15** PRINCIPI DI TERAPIA DEI DISTURBI ACQUISITI DELL'ORGASMO

- Trattare ogni alterazione ormonale, con terapia ormonale locale e/o sistemica.
- Migliorare il tono del pavimento pelvico, con esercizi di Kegel, o fisioterapia o biofeed-back elettromiografico.
- Trattare incontinenza, se l'inibizione dell'orgasmo è legata alla paura di perdere urina all'orgasmo.
- Se possibile, sostituire eventuali farmaci che inibiscono l'orgasmo.
- Indirizzare a colleghi psicoterapeuti per eventuali problemi personali o di coppia.
- Indirizzare all'uro-andrologo se paralleli problemi sessuali e/o di salute del partner.

venti di tipo ormonale, flogistico, distrofico, iatrogeno nonché psicosessuale. Un accurato esame del pavimento pelvico e dei muscoli perineali è essenziale, così come è opportuno educare la paziente ad eseguire correttamente e quotidianamente gli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico atti a ripristinare l'elasticità muscolare;

c) *sessuologica*, che prevede protocolli diversi a seconda del problema (Tabelle 8.15 e 8.16):

- massaggi vaginali con stretching dell'elevatore dell'ano, in caso di ipertono, spasmi, tensioni mialgiche, associati o causa di dispareunia, per migliorare il rilassamento muscolare, la vascolarizzazione e l'elasticità tissutale, effettuati dalla paziente stessa, dalla fisioterapista e/o dall'ostetrica con una formazione in quest'ambito;
- riabilitazione dei muscoli perivaginali, con esercizi di Kegel o biofeed-back elettromiografico;
- lubrificanti vaginali per facilitare la penetrazione;
- dilatatori vaginali, dopo massaggi con applicazione di gel lubrificanti o gel con azione di modulazione sull'iper-reattività del mastocita;
- *Eros Clitoral Device* (Eros-CTD), nelle forme di comorbidità associate a difficoltà di eccitazione e di orgasmo;

- specifiche terapie antalgiche, indicate quando il dolore della dispareunia, in genere secondario a vestibolite vulvare, vira da nocicettivo a neuropatico.

Scopo della riabilitazione è mirare a risolvere i problemi fisici sessuali conseguenti ai disturbi dell'eccitazione genitale, al dolore coitale e i problemi psicoemotivi correlati, concorrendo a cambiare la geografia inconscia del corpo, che si modifica quando il coito è impossibile e/o caratterizzato da dolore.

La donna e il partner vanno incoraggiati a ritrovare un'intimità erotica variata, valorizzando la plasticità della risposta erotica fisica ed emozionale, così da espandere il repertorio sessuale soprattutto quando l'intimità coitale non sia del tutto recuperabile come, ad esempio, nelle dispareunie da danno iatrogeno oncologico chirurgico e radio-terapico.

Nel vaginismo, la terapia è efficace, veloce e soddisfacente se effettuata da un ginecologo/a specializzato in questo campo (Tabella 8.17). Si tratta di un trattamento multimodale: farmacologico, sessuologico (terapia comportamentale breve), riabilitativo (per ridurre l'ipertono difensivo dell'elevatore), psicologico. Può essere utile una psicoterapia strutturata, in casi selezionati. Il partner può necessitare a sua volta di terapia specifica, se presenta indipendenti MSD.

**Terapie chirurgiche**

- Vestiblectomia*, indicata in casi selezionati di vestibolite vulvare resistente ad altri tipi di terapia;
- imenotomia*, in casi (rari) di imene cribroso, rigido, fibroso, che costituisce impedimento anatomico alla penetrazione;
- plastica vaginale* (rara) in caso di agenesia vaginale, per sindrome di Rokitansky.

**Terapie psicosessuali, personali o di coppia** (vedi Terapie psicosessuali, individuali e/o di coppia, *infra*).

**Tabella 8.16** PRINCIPI DI TERAPIA DELLA DISPAREUNIA

- Rimuovere i fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento, biologici e/o psicosessuali;
- curare le vaginiti ricorrenti, specie da candida, con trattamento sistemico e locale;
- ristabilire un normale trofismo vaginale, con estrogeni, se indicato (misurare sempre il pH!);
- insegnare stretching e automassaggio, quando tender o trigger points sono presenti sull'elevatore;
- integrare con tecniche di rilassamento dell'elevatore dell'ano, fisioterapia o biofeed-back elettromiografico se ipertono marcato o mialgia;
- consigliare gel lubrificanti e/o con azione di modulazione dell'iperattività mastocitaria;
- *Eros Clitoral Device* (Eros-CTD), nelle forme di comorbidità associate a difficoltà di eccitazione e di orgasmo;
- se diagnosi di vestibolite vulvare, trattare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento;
- a seconda della natura del dolore, nocicettivo o neuropatico, indirizzare per specifico trattamento antalgico, locale (elettroanalgesia, blocco del ganglio di Walter) e/o sistemico (amitriptilina, *Tegretol*);
- la vestiblectomia va riservata ai casi non responsivi ai precedenti trattamenti conservativi;
- indirizzare a colleghi competenti per terapie specifiche complementari.

**Tabella 8.17** PRINCIPI DI TERAPIA DEL VAGINISMO

- Farmaci ansiolitici e/o antifobici, se la fobia è elevata
- Pparallello aiuto psicodinamico in caso di emozioni negative di paura, disgusto, repulsione al contatto, bassa autostima e fiducia in sé, preoccupazioni sull'immagine corporea
- Educazione sulla conoscenza anatomica e sul comando dei muscoli pelvici
- Quando si è ottenuto il rilassamento dei muscoli pelvici, insegnare come inserire tutori vaginali di diversa dimensione
- Se la donna ha partner, incoraggiare giochi preliminari, per favorire/aumentare desiderio/eccitazione, con specifica proibizione del coito finché non specificato
- Discutere la contraccezione se la coppia non desidera bambini al momento
- Quando l'uso dei tutori avviene senza difficoltà, incoraggiare giochi più intimi, con la donna in controllo di situazione
- Sostenere una possibile ansia da prestazione del partner con farmaci vasoattivi
- Suggestere una psicoterapia individuale, o di coppia, se fattori individuali o di coppia concorrono a causare o mantenere il problema

## Terapie mediche dei disturbi sessuali maschili

### Terapia dei disturbi del desiderio per difetto

- Cambiamento di stili di vita inappropriati (alcolismo, droghe ad azione psicotrofica, carenza di sonno, stress cronico, mancanza di esercizio fisico);
- cura di depressione, ansia, e/o altre malattie intercorrenti;
- rimozione di fattori iatrogeni, se possibile (farmaci iperprolattinizzanti, antiandrogenici ecc.);
- terapia ormonale (testosterone, ipoprolattinizzanti ecc.), solo se indicata;
- cura di concomitanti disturbi dell'erezione e/o dell'eiaculazione, cui il disturbo del desiderio è spesso secondario;
- psicoterapia, individuale o di coppia, quando indicata.

**Terapia della disfunzione erettile** *Counseling* di tutti i pazienti con DE e della loro partner (se in coppia stabile). Stili di vita appropriati, con abolizione del fumo, riduzione dell'alcol, alimentazione sana, sonno adeguato, regolare attività fisica e riduzione dello stress possono diminuire significativamente il rischio di DE. La *riduzione attiva dei fattori di rischio, specie cardio-vascolari*, è il miglior intervento medico di prevenzione e di prima linea terapeutica nei confronti del DE.

Il counseling dovrebbe aiutare a rivedere gli obiettivi della vita sessuale e gli obiettivi della coppia.

### Terapia farmacologica orale

- 1) Inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE): efficaci, sicuri, a elevata compliance, perché la somministrazione per via orale è la preferita dai pazienti. Sono il sildenafil (*Viagra*), il tadalafil (*Cialis*), il vardenafil (*Levitra*);
- 2) agonisti dei recettori dopaminergici tra cui l'apomorfina;
- 3) antagonisti degli  $\alpha$ -adrenorecettori tra cui fentolamina orale, yohimbina.

*Terapia farmacologica iniettiva intracavernosa* tra cui papaverina, fentolamina e prostaglandine.

### Terapia riabilitativa meccanica locale

Il *vacuum constrictor device* (VCD) è un trattamento non invasivo ed efficace, approvato dal Food and Drug Administration (FDA). È utile per i pazienti che non possono o non vogliono utilizzare terapie farmacologiche o d'altro tipo. La compliance è modesta.

### Terapia chirurgica

- 1) Protesi peniene, da limitare ai casi di grave DE resistente alle altre terapie;
- 2) chirurgia vascolare, in casi selezionati.

### Terapia dell'eiaculazione precoce.

#### Farmacologica.

- a) Gli *inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina* (SSRI): inibiscono la ricaptazione della serotonina e inducono il rallentamento del riflesso eiaculatorio. La paroxetina è emersa come il più efficace, ma anche gli antidepressivi triciclici possono avere lo stesso effetto inibitorio a livello midollare. La dose va personalizzata, usando la minima efficace per ottenere un significativo prolungamento del TLEI;
- b) *anestetici locali* in pomata, da utilizzare sul glande, possono essere utili nei pazienti che lamentano un'ipersensibilità del glande.

#### Sessuologica comportamentale breve. Finalizzata a:

- a) migliorare la capacità di ascoltare il crescere delle sensazioni erotiche mantenendo il controllo sul riflesso eiaculatorio, con esercizi di focalizzazione sensoriale;
- b) aumentare la capacità di utilizzare il respiro come modulatore dell'eccitazione mediante training di rilassamento e/o tecniche yoga;
- c) desensibilizzare il picco d'ansia al momento della penetrazione;
- d) migliorare la qualità dell'intimità erotica con la/il partner.

## GINECOLOGIA

### Terapie psicosessuali, individuali e/o di coppia

La soddisfazione sessuale rappresenta l'indicatore più sintattico e importante della qualità della sessualità; costituisce lo standard di eccellenza delle terapie dei disturbi sessuali femminili, maschili e di coppia.

Le cause psicosessuali, personali e relazionali richiedono un approccio psicoterapeutico individuale e/o di coppia, sessuologicamente orientato, soprattutto quando fattori relazionali concorrono a precipitare o mantenere il disturbo, specie se di tipo acquisito e/o situazionale o addirittura limitato a quella/quel partner.

L'approccio psicoterapeutico richiede una diagnosi differenziale su possibili cofattori di tipo medico. Non è accettabile che il/la paziente o la coppia vengano parcheggiati per mesi o anni in terapie di tipo psicodinamico, senza che vengano diagnosticati e trattati eventuali fattori o cofattori di tipo biologico. Per questo è essenziale che i disturbi sessuali vengano affrontati con un approccio multidisciplinare. Per i dettagli sulla terapia sessuologica si rimanda a testi specialistici.

Per gli uomini con elevato rischio di DE, il counseling sull'importanza delle terapie profilattiche può essere indicato rispetto al cercare un trattamento quando il DE è ormai consolidato. La prescrizione di farmaci per via orale, quali il sildenafil, il tadalafil o il vardenafil, può aumentare la durata totale delle erezioni notturne e prevenire così la fibrosi progressiva del tessuto erettile. La personalizzazione della terapia deve tener conto, a parità di efficacia, della sicurezza, della compliance, della facilità d'uso, della non invasività e della appropriatezza per il paziente e il/la partner.

### CONSULENZA SESSUALE

La crescente importanza riconosciuta alla sessualità per la qualità della vita aumenta la probabilità che il/la paziente desideri consultare il proprio medico su temi di questo tipo.

La consapevolezza della *comorbidità*, sia all'interno delle disfunzioni sessuali, sia tra disfunzioni sessuali e patologie mediche di altro tipo (endocrine, dismetaboliche, cardiovascolari, urologiche, ginecologiche, neurologiche, psichiatriche, fisiatriche) aumenta la necessità di *un'attenzione clinica* a questo aspetto della vita.

La consulenza sessuologica richiede rigore diagnostico, nell'anamnesi, nell'esame obiettivo, nella richiesta di esami ematochimici e strumentali. Richiede inoltre una grande *sensibilità* data la delicatezza dei temi trattati e le loro intense implicazioni emotive, per il/la paziente ma anche per il medico. Il coinvolgimento è elevato quando il/la paziente riveli

una disfunzione sessuale e, ancor più, in caso di traumi o abusi sessuali: ci vuole coraggio, quando si è subito un abuso, per parlarne. Per questo è indispensabile che il/la paziente si senta *accolto* e *ascoltato* con *rispetto* e *gentilezza*. Nello stesso tempo, proprio la sessualità va a toccare la sfera emozionale più intima e privata del medico stesso, creando spesso difficoltà nel trattare un tema così emotivamente carico. Molte ricerche mostrano come pazienti e medici abbiano più facilità a discutere un problema sessuale con una persona dello stesso sesso, che non del sesso opposto. Anche questo è un aspetto che merita un approfondimento sul fronte della competenza emotiva personale.

L'aumento delle *opzioni terapeutiche innovative* determina oggi la possibilità di cure efficaci, tanto più soddisfacenti quanto più la diagnosi è precoce. Perché non dare al/la paziente, che vorrebbe ma non osa chiedere aiuto, la disponibilità a un aiuto medico anche sul fronte sessuale? Aiutare i pazienti a stare meglio e a vivere con più soddisfazione la propria intimità sessuale è uno dei fattori di maggiore *gratificazione* anche nel *rapporto medico-paziente*.

### Come iniziare un'anamnesi sessuale

"*Come va la sua vita sessuale?*". Questa semplice domanda, inserita nell'ambito dell'anamnesi fisiologica tradizionale, accanto a domande sullo stile di vita, la qualità del sonno, abitudine o meno a fumo, alcol, droghe, e così via, indica già la disponibilità del medico ad affrontare questo tema, se il paziente lo desidera. È importante da parte del medico di famiglia, che ha la possibilità di seguire uomini e donne nell'arco della loro vita e di conoscere la salute, le loro vulnerabilità o malattie, ma anche il loro contesto di coppia, di famiglia e socioculturale. È essenziale per il ginecologo, specie quando si parli di contraccezione o di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, ma anche di immagine di sé, di disturbi del comportamento alimentare o di disturbi dell'identità sessuale, specie negli adolescenti. È apprezzata quando il medico parla delle fisiologiche modificazioni sessuali in gravidanza, in puerperio o in menopausa, e di come trattare eventuali problemi sessuali specifici. Un esempio di anamnesi e di consulenza sessuale di primo livello utile al ginecologo o al medico di famiglia è riassunto in *Tabella 8.18*. Anche l'uomo apprezza moltissimo che il medico (di famiglia o specialista, urologo, andrologo ma anche ginecologo, cardiologo, geriatra) apra spontaneamente la possibilità di un dialogo sul tema sessuale. Inibizioni, paure, tabù, difficoltà emotive rendono difficile "iniziare" la consulenza su questo tema in entrambi i sessi e ancor più nel paziente anziano/a, di basso livello culturale o con difficoltà linguistiche (ad esempio negli immigrati).

È fondamentale che il medico *informi* sempre il paziente sulle *possibili conseguenze sessuali di ogni trattamento, medico*

**Tabella 8.18 ANAMNESI E CONSULENZA SESSUALE DI PRIMO LIVELLO IN UNA NUOVA PAZIENTE****Benessere generale**

- Come sta? Emotivamente e fisicamente?
- Ha rapporti attualmente?
  - Se sì, come va la Sua vita sessuale?
  - Se no, questa mancanza le crea problemi?

**Funzione sessuale**

- Se la Sua vita sessuale è insoddisfacente, desidera parlarne?
- Se sì, qual è il problema principale?
- È un problema di desiderio?
- Ha notato secchezza vaginale o difficoltà di eccitazione?
- Ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo?
- Ha dolore durante i rapporti? Soffre di cistiti 24-72 ore dopo il rapporto?
- Se ha uno o più di questi problemi, erano presenti fin dall'inizio della Sua vita sessuale, o sono comparsi dopo?
- Il problema ha avuto un inizio graduale o rapido?
- Che cosa, *secondo Lei*, ha causato o peggiorato il Suo problema?

**Relazione di coppia**

- Ha una relazione di coppia stabile?
- Come va il rapporto di coppia? È soddisfatta?
- Come sta il Suo partner? Ha problemi di salute generale o sessuali?
- Ritieni che il problema abbia più una causa fisica o di coppia? Per conflitti, mancanza di intimità, o altro?
- Il problema sessuale in questione è sempre presente o cambia a seconda della situazione o del partner?
- È personalmente motivata a migliorare la Sua vita sessuale?

*o chirurgico* (anche per evitare possibili sequele di ordine *medico legale*).

In altri casi, può essere il paziente a iniziare il dialogo sul problema. Il medico può affrontarlo, se si sente competente e adeguato, o riferire allo specialista di riferimento (Tabella 8.19). In ogni caso, è necessario un atteggiamen-

to disponibile, sereno, non giudicante, tanto più costruttivo quanto più il medico è consapevole dei propri livelli di tranquillità o di disagio quando si toccano temi sessuali.

Indipendentemente da chi inizi la consulenza sessuale, è importante che il medico:

**Tabella 8.19 A CHI INVIARE IL/LA PAZIENTE CON PROBLEMI SESSUALI****Medico di famiglia**

- Quando il medico è competente e a proprio agio nella diagnosi e terapia di FSD e MSD (ad esempio, i DE sono oggi curati in primis dal medico di famiglia)

**Ginecologo**

- Quando FSD richiede valutazione o terapie specialistiche

**Uro-andrologo**

- Se MSD richiede diagnosi o trattamento particolare

**Anestesista o esperto di terapia antalgica**

- Quando il dolore, specie nella vestibolite vulvare, diventa neuropatico

**Psichiatra**

- Quando il disturbo sessuale ha forti componenti affettive (ansia o depressione), o si associa a disturbi di personalità o altre patologie psichiatriche (ad es., parafilie) che necessitano di appropriata diagnosi e trattamento, anche farmacologico

**Sessuologo**

- Quando vengono diagnosticati problemi psicosessuali primari
- Quando sono indicate specifiche terapie comportamentali sessuologiche

**Psicoterapeuta individuale**

- Quando il problema sessuale è radicato in problemi psicoemotivi personali, o pregresse molestie, abusi verbali, fisici o sessuali

**Psicoterapeuta di coppia**

- Quando il problema è dominato da dinamiche di coppia negative per la sessualità

## GINECOLOGIA

- 1) acquisisca le *informazioni rilevanti* per la diagnosi;
- 2) sia sensibile ad avere *tempo sufficiente* quando fa domande molto cariche emotivamente (su aborti, abusi, violenze);
- 3) sappia cogliere i *segnali verbali e non verbali* che indicano disagio, preoccupazione o sconforto nel paziente;
- 4) se non è sicuro dell'*orientamento sessuale* del paziente, usi un genere neutro nel riferirsi al partner;
- 5) *spieghi e giustifichi domande o procedure necessarie*;
- 6) utilizzi l'opportunità della visita anche per *spiegare* aspetti rilevanti per il problema portato in consultazione, o per *rassicurare*;
- 7) segua il problema *se e fino al punto* in cui si sente preparato/a, oppure invii a colleghi di riferimento.

Ogni persona ha *valori, preferenze, esperienze sessuali*, potenzialmente *diversi*, specie oggi, in una società multiculturale e multi-etnica. Questo richiede ancor più flessibilità e consapevolezza dei molti stereotipi, di genere e di razza, nonché dei pregiudizi che sono intrecciati al nostro sistema di valutazione e ai nostri criteri di normalità. Le persone anziane, quelle con disabilità o malattie croniche hanno o desiderano avere una vita sessuale soddisfacente e più di altri possono avere bisogno di una consulenza sessuale empatica, attenta e costruttiva.

Infine, in caso di coppia stabile e se il/la paziente lo desidera, è utile che *il/la partner partecipi alla consulenza*, specie se il problema ha forti implicazioni relazionali.

### Valori e attitudini

I concetti psicologici, filosofici, etici e legali legati alla sessualità, hanno subito nel secondo dopoguerra sostanziali modifiche, specie nel mondo occidentale. Un atteggiamento più conservatore e più legato alle tradizioni tende a persistere nel resto del mondo, specie nelle comunità non ancora raggiunte dai mezzi di comunicazioni di massa (TV e Internet). Nello stesso tempo, i forti movimenti migratori aumentano la probabilità di confronto con persone che presentano esperienze, valori sessuali, sistemi di riferimento, religiosi e socioculturali, completamente diversi dai nostri. La "*deriva delle norme*", in corso nel mondo cosiddetto avanzato, ha contribuito a erodere principi e valori. In positivo è aumentata la sensibilità nei confronti del peso di stereotipi e pregiudizi sessuali, nonché dei diritti delle donne, delle minoranze, degli anziani, dei portatori di handicap ad avere una soddisfacente vita sessuale.

È saggio sviluppare un'onesta *consapevolezza* di quali temi o *argomenti sessuali* siano per il medico facili da trattare con *serenità*, quali invece *creino disagio*, imbarazzo, tensione, fastidio o franca avversione. I temi che mettono a disagio portano a omettere informazioni o approfondimenti anche cruciali. Il *linguaggio non verbale*, ossia tutto quello che

ognuno esprime con la mimica del viso, lo sguardo, la postura del corpo, le variazioni nel tono della voce, rivela il livello di serenità interiore o meno con cui il medico affronta i temi sessuali e può smentire una disponibilità dichiarata verbalmente ma negata a livello non-verbale.

Nello stesso tempo, è essenziale *non proiettare il proprio sistema di valori sul paziente*, né fare dell'esperienza personale il paradigma della sessualità. Questo può far sentire il paziente giudicato o rifiutato o introdurre assunti inappropriati nella storia clinica.

### Considerazioni etiche e legali

La *riservatezza (privacy)*, essenziale in medicina, deve essere garantita e tutelata ancor più in un ambito intimo e sensibile qual è la sessualità. È doveroso informare il/la paziente dei *limiti legali o etici imposti alla riservatezza* (ad esempio, il diritto viene meno, come in altri ambiti della medicina, qualora il medico venga a conoscenza di fatti o situazioni che mettono in pericolo la salute fisica o psichica di altre persone, specie se minori).

Bisogna osservare e rispettare le *regole vigenti in termini di acquisizione del consenso e di conservazione protetta* dei dati sensibili personali.

Il rapporto medico-paziente, specie su temi sessuali, deve garantire *disponibilità, gentilezza, ascolto empatico, discrezione, un linguaggio appropriato* – alla capacità linguistica e di comprensione del paziente, ma anche del ruolo e del setting medico –, e *un preciso rispetto dei limiti interpersonali*. Quest'ultimo aspetto richiede di evitare domande intime non rilevanti per il problema in esame, di rivelare aspetti della vita personale o di non usare l'umorismo in modo sessualmente aggressivo e/o offensivo. La sensibilità è preziosa nel rispettare i bisogni del paziente in termini di *pudore, garbo e riservatezza*, anche durante l'esame obiettivo, specie nelle persone molto giovani, nelle persone che non hanno una vita sessuale, nei disabili o negli anziani.

### Anamnesi sessuologica

La sessualità è fondamentale per la qualità della vita umana. Le sue basi multisistemiche – vascolari, ormonali, nervose –, il suo essere vulnerabile agli stessi fattori biologici che la deteriorano, specie con l'invecchiamento, il rischio che interventi medici o chirurgici possano lederla, con possibili implicazioni anche di ordine medico legale, fa sì che *l'anamnesi sessuologica di primo livello dovrebbe oggi far parte dell'anamnesi routinaria che ogni medico fa*.

L'anamnesi sessuologica di primo livello riassume le domande sul desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo, l'eiaculazione, la soddisfazione e l'eventuale dolore presente nel rapporto.

Le domande principali sono riassunte nella *Tabella 8.18*. Per ogni disturbo sessuale è importante precisare:

- 1) se *presente fin dall'inizio della vita sessuale (primario)*, o sia *acquisito (secondario)* dopo un periodo di normalità;
- 2) se *generalizzato*, con ogni partner e in ogni situazione, o *situazionale*, ossia limitato a un partner o a una situazione;
- 3) il *livello di stress*, personale e/o interpersonale, che il disturbo causa;
- 4) la *causa più probabile*: biologica, psicologica/relazionale, o mista (come succede nella maggioranza dei casi). In quest'ambito vanno indagati:
  - a) fattori educativi negativi, pregressi traumi (fisici, emotivi o sessuali), relazioni significative passate, restrizioni culturali o religiose;
  - b) difficoltà interpersonali attuali, disfunzioni sessuali della partner, inadeguata stimolazione, e/o insoddisfacente contesto emozionale e sessuale;
  - c) malattie, incluse le psichiatriche, effetti collaterali di farmaci, abuso di sostanze;
- 5) i *sintomi associati* (sia sessuali sia di altro tipo, urologici, ginecologici, psicologici ecc.).

L'ascolto dei bisogni e delle preoccupazioni sessuali del/della paziente deve essere effettuato in modo sensibile e informato, senza perdere di vista i bisogni e le preferenze del/della partner. La modificazione di stili di vita inappropriati va sempre raccomandata perché può migliorare la salute e il benessere generale e ridurre il rischio di disfunzione sessuale.

### Relazione di coppia

L'attenzione alle dinamiche di coppia è indispensabile, specie nella coppia stabile. Le informazioni riguardano:

- 1) la qualità della relazione affettiva;
- 2) la qualità dell'intimità sessuale e il livello di soddisfazione (o insoddisfazione);
- 3) la scelta e l'uso di contraccettivi, la condivisione o meno del progetto procreativo, nella sostanza e nei tempi, e/o la presenza di infertilità;
- 4) l'attenzione alla protezione da malattie sessualmente trasmesse;
- 5) l'esistenza di problemi familiari – economici, affettivi e/o di salute dei figli o di genitori – che possano concorrere a peggiorare stress, tensioni, depressioni;
- 6) la presenza o meno di disfunzioni sessuali nella/nel partner: indipendente da questa relazione oppure conseguente alla disfunzione maschile o femminile portata in consultazione;
- 7) la presenza di malattie importanti, in uno ed entrambi i partner, che possano concorrere a causare o aggravare il problema sessuale;

- 8) il vissuto del problema in entrambi i partner;
- 9) la motivazione di entrambi a impegnarsi per migliorare la qualità della loro intesa erotica.

La presenza nel gruppo di lavoro di uno/a psichiatra e/o di uno/a psicoterapeuta con formazione psicodinamica e sessuologica è utile a ottimizzare diagnosi, prognosi e terapia.

### Comportamenti sessuali a rischio

Riassumono tutti i comportamenti che espongono a un rischio, fisico o psichico, personale o per un'altra/altre persona/e, e con possibili conseguenze a breve e/o a lungo termine. Rientrano in questo gruppo:

- 1) *i rapporti sessuali non protetti nei confronti di*:
  - a) concepimenti indesiderati: la consulenza contraccettiva dovrebbe far parte integrante della visita ginecologica e del medico di famiglia per ogni donna in età fertile, specie se giovane o giovanissima;
  - b) malattie sessualmente trasmesse (MST), in rapida crescita in un mondo crescentemente promiscuo, in cui il contraccettivo di barriera più efficace – il profilattico – viene usato poco e male. Va ricordato al/alla paziente che:
    - molte MST possono essere trasmesse anche per via anale e orale;
    - spesso l'uomo è portatore sano;
    - la probabilità di trasmissione/per rapporto è maggiore dall'uomo alla donna (dal 60 all'80% per rapporto, pare per la maggiore persistenza dello sperma eventualmente infetto nelle vie genitali femminili) che non dalla donna all'uomo (circa il 20-30% di probabilità per rapporto);
    - l'infezione può essere multipla, con germi diversi che hanno diversi tempi di incubazione; può non dare sintomi acuti, ma dare problemi nel lungo termine, come può succedere nelle infezioni da *Chlamydia*, causa di sterilità per occlusione tubarica;
    - alcol o droghe riducono il grado di controllo ("disinibizione") e di autoprotezione, aumentando la probabilità di comportamenti a rischio;
    - l'amore non è un talismano, né come contraccettivo, né nei confronti delle MST ("siccome ci amiamo, non ci succederà niente di male");
- 2) *i rapporti inappropriati*: con minori, con persone non consenzienti o non in grado di dare un consenso valido, con persone con le quali esistano rapporti di parentela, di educazione (insegnanti e allievi), di cura (medico e paziente, psicologo e paziente ecc.), di lavoro (capi e dipendenti). Il tema della molestia e dell'abuso è oggi molto sentito nelle società occidentali.

## GINECOLOGIA

La correttezza interpersonale richiede consapevolezza delle proprie emozioni, della propria responsabilità e rispetto dei limiti segnati dai diritti dell'altro/a, dalla sua libertà, dalla legge. Richiede attenzione e autocontrollo per non usare il proprio ascendente – affettivo, emotivo, morale, di potere – a proprio vantaggio e/o per il proprio piacere sessuale.

**BIBLIOGRAFIA**

- American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Text Revision (DSM-IV-TR). Milano: Masson, 2001.
- Bancroft J. Sexual effects of Androgens in women: some theoretical considerations. *Fertil. Steril.* 2002; 4 (Suppl 4): S55-59.
- Basson R, Bertian J, Burnett A et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J. Urol.* March 2000; 163, 888-93.
- Basson R, Leiblum SR, Brotto L et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J. Psychosomatic Obstet. Gynecol.* 2003 (in press).
- Graziottin A. Il dolore segreto. Milano, Mondadori; 2005.
- Graziottin A. Clinical approach to dyspareunia. *Journal of Sex and Marital Therapy.* 2001; 27: 489-501.
- Graziottin A. Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions. In: Kandeel F et al. (eds.) *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment.* New York: Marcel Dekker; 2004 (in press).
- Graziottin A. Sexuality in postmenopause and senium. In: Lauritzen C & Studd J (eds.) *Current management of the menopause.* London: Martin Duniz; 2003; 185-203.
- Graziottin A, Brotto L. Vulvar vestibulitis: a clinical approach. *J. Sex Marital Therapy.* 2003, (in press).
- Kandeel F, Lue T, Pryor J, Swerdloff R (eds.) *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment.* New York: Marcel Dekker; 2004.
- Kaplan HS (1974). *The New Sex Therapies.* New York: Brunner & Mazer, trad. it. *Nuove terapie sessuali.* Milano: Bompiani; 1980.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunctions in the United States. *JAMA.* 1999; 281(6): 537-44.
- Leiblum S, Nathan S. Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint. *Sex Relationship Ther.* 2002; 17(2): 191-8.
- Leiblum S, Rosen R (eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy.* 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford Press, 2000. Ed. it. aggiornata a cura di A Graziottin. *Principi e pratica della terapia sessuale.* Roma: CIC; 2004.
- Levin RJ. The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. *Arch. of Sex. Behav.* 2002; 31(5): 405-11.
- Levine SB. The nature of sexual desire. *Arch. of Sex. Behav.* 2003; 32(3): 279-85.
- Masters WH, Jonson V, Kolodny RC. *Heterosexuality.* London: Harper-Collins; 1994.
- Panksepp J. *Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions.* New York: Oxford University Press; 1998.
- Pfaus JG, Everitt BJ. The Psychopharmacology of Sexual Behaviour. In: Bloom FE, Kupfer D (eds.) *Psychopharmacology.* New York: Raven Press; 1995; 65: 743-58.
- Plaut SM, Graziottin A, Heaton J. *Fast facts: Sexual dysfunctions.* Oxford (UK): Health Press; 2003.
- Solms M, Turnbull O. *The brain and the inner world.* New York: Karnac; 2002.
- Simunic V, Banovic I, Ciglar S et al. Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms. *Int. J Gynecol. Obstet.* 2003; 82: 187-97.

**Siti Internet**

- [www.aasect.org](http://www.aasect.org) (American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists)
- [www.afud.org](http://www.afud.org) (Association for the Urologic diseases)
- [www.erectiledysfunction.org](http://www.erectiledysfunction.org) (slides)
- [www.isswsh.org](http://www.isswsh.org) (International Society for the Study of Women's Sexual Health)
- [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com) (Mayo Clinic, seguire i link per Erectile Dysfunction)
- [www.nva.org](http://www.nva.org) (National Vulvodynia Association)
- [www.sexualhealth.com](http://www.sexualhealth.com) (Sexuality and disability)
- [www.siecus.org](http://www.siecus.org) (Sexual Information and Education Council of the USA)
- [www.sstarnet.org](http://www.sstarnet.org) (Society for Sex Therapy and Research)
- [www.urologyhealth.org](http://www.urologyhealth.org) (American Foundation for Urological Disease)