

10

Il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente nelle donne

SANDRA R. LEIBLUM
ALESSANDRA GRAZIOTTIN

Il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente "Persistent sexual arousal disorder, PSAD) nella donna è stato descritto per la prima volta da Sandra Riza Leiblum e Nathan, nel 2002. Da allora un numero crescente di donne si è riconosciuto nella loro descrizione che metteva a fuoco sintomi disturbanti, spesso invalidanti, caratterizzati da un'eccitazione genitale persistente, percepita come spontanea, intrusiva e non gradita, non associata ad aumento del desiderio, dell'interesse sessuale o dell'eccitazione mentale soggettiva, e che non scompariva dopo uno o più orgasmi. Tale eccitazione genitale persistente può causare notevole stress personale e problemi anche nella vita professionale. La maggioranza dei casi presenta una eziologia sconosciuta, anche se aumentano le segnalazioni di cause organiche.

Il merito di Sandra Leiblum è di aver portato all'attenzione dei clinici questo quadro che troppo spesso viene confuso con l'ipersessualità femminile, da cui si differenzia per il diverso ruolo e vissuto del desiderio e dell'eccitazione mentale, nonché dell'orgasmo. Lo vedremo nella diagnosi differenziale tra i due quadri clinici, della PSAD e dell'ipersessualità, discussa insieme ad Alessandra Graziottin, studiosa attenta alle possibili cause biologiche delle disfunzioni sessuali femminili, per eccesso oltre che per difetto.

Entrambe le autrici, Sandra Leiblum e Alessandra Graziottin, sono state, tra l'altro, membri della Prima e Seconda Conferenza Internazionale di Consenso sulla Classificazione dei Disturbi Sessuali Femminili.

I disturbi sessuali più frequentemente riportanti in consultazione dalle donne sono caratterizzati da una riduzione, una mancanza, un deficit, una inadeguatezza, reali o temute. Perdita del desiderio sessuale, difficoltà di eccitazione, difficoltà orgasmiche o dolore ai rapporti riconoscono un denominatore comune nel "deficit" di uno o più fattori, biologici, psi-

cosessuali o relazionali, che concorrono ad una soddisfacente funzione sessuale (*vedi* il capitolo sulla classificazione dei Disturbi Sessuali Femminili).

Molto più rari sono invece i disturbi femminili caratterizzati da un “eccesso” di funzione sessuale. Tra questi, due meritano attenzione: a) la cosiddetta “*ipersessualità femminile*”, (DSM-I 1951; DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994; Brotto e Graziottin, 2004); b) il disturbo da *eccitazione sessuale persistente nella donna* (*Persistent Sexual Arousal Disorder, PSAD*) (Leiblum e Nathan, 2002). L'ipersessualità femminile storicamente è stata considerata come espressione di un eccesso di desiderio sessuale, il che non è sempre vero alla luce di più recenti approfondimenti clinici e neurobiologici (Coleman, 1992; Black et al., 1997; Anderson et al., 1999; Bradford, 2001; Carroll et al., 2001; Brotto e Graziottin, 2004). Il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente nelle donne viene qui discusso sia perché dal momento della sua prima descrizione scientifica e clinica ufficiale (Leiblum e Nathan, 2002) sono drammaticamente aumentate le segnalazioni di pazienti affette da questo disturbo, sia perché esso è stato incluso nell'ultima classificazione sulle disfunzioni sessuali femminili (Basson et al., 2003). Verranno presentati anche alcuni elementi essenziali per la diagnosi differenziale tra le due condizioni, utili al clinico nella pratica quotidiana.

DEFINIZIONE

Il disturbo da eccitazione sessuale persistente (“*Persistent Sexual Arousal Disorder*”) è così definito: “Persistente eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione vaginale) percepita come 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 genitale può persistere per ore, giorni o più.” (Leiblum & Nathan, 2002; Basson et al., 2003) Nell'originale descrizione di Leiblum & Nathan (2002) il quadro era presentato come “sindrome” (*Persistent Sexual Arousal Syndrome, PSAS*). L'ultima classificazione (Basson et al., 2003) lo inquadra invece come disturbo specifico dell'eccitazione sessuale a tutti gli effetti.

La definizione sottolinea la intrusività dell'eccitazione, il suo essere svincolata dal desiderio, il non recedere con uno o più orgasmi, ottenuti con la masturbazione o con il rapporto, come invece succede per l'eccitazione fisiologica, il suo poter persistere per mesi o anni, diventando fattore di forte sofferenza e di riduzione della qualità della vita. In questo senso merita un inquadramento nosografico a sé, come disturbo invalidante.

Solo raramente i sintomi sono invece percepiti come piacevoli: in tal caso possono indurre una ipersessualità “egosintonica”, ossia in armonia con il soggetto, anche se causa di stress per il/la partner o la famiglia. È raro che in tal caso vengano portati in consultazione, a meno che lo stress causato a terzi non porti partner o famiglia a chiedere un consulto in questo senso. Va annotato in margine come il giudizio di “eccessiva” sessualità femminile sia fortemente condizionato dal contesto culturale e religioso, e dai conseguenti parametri normativi della sessualità femminile per quel contesto e quel tempo (Brotto & Graziottin, 2004).

I fattori che possono concorrere ad un aumento del comportamento sessuale femminile, sia esso egosintonico o egodistonico, consonante o dissonante con la personalità e l'ideale dell'Io della donna, piacevole o disturbante per la coppia o il contesto familiare e sociale, sono tutt'ora non adeguatamente indagati. Meritano quindi ulteriori studi perché potrebbero arricchire la nostra conoscenza qualitativa della sessualità femminile in condizioni

fisiologiche e non.

QUADRO CLINICO

I *sintomi e i segni caratteristici del disturbo di eccitazione sessuale persistente (PSAD)* della donna includono (Leiblum & Natham, 2002):

- La presenza delle *caratteristiche dell'eccitazione sessuale*, specie genitale (congestione clitoridea e vulvare più o meno spiccata, lubrificazione vaginale, aumento della sensibilità erotica genitale), che hanno tuttavia *perduto il feedback che induce la fase di risoluzione fisiologica* post-orgasmo (scomparsa della congestione vascolare dei corpi cavernosi, riassorbimento del trasudato vaginale, fine della vasodilatazione perivaginale, etc).
- La loro *durata prolungata* per ore, giorni o mesi.
- Il loro essere *svincolate sia dal desiderio sia dall'interesse sessuale*; anzi il desiderio se prima era normale tende a scomparire per la frustrazione che la sindrome comporta.
- Lo stato di eccitazione può essere ulteriormente *accentuato in assenza di qualsiasi fattore riconoscibile, oppure in presenza di stimoli neutri* o comunque privi di connotazioni sessuali, per esempio, per le vibrazioni anche minime dell'auto mentre la donna va al lavoro, e che la obbligano a masturbarsi nel tragitto, oltre che in caso di attività sessuale.
- Lo stato di *eccitazione non si riduce completamente, né spontaneamente, né con l'autoerotismo né con il rapporto*.
- L'eccitazione può ridursi, a volte solo brevemente, ma *non* scomparire, dopo molteplici orgasmi (una paziente ne ha riportati più di trenta al giorno) che dominano la vita quotidiana e portano la donna ad uno stato di spossatezza fisica e psichica.
- Masturbazione e rapporto, con o senza orgasmi, sono seguiti da un senso di *frustrazione* per l'impossibilità di liberarsi comunque dal sintomo di eccitazione persistente.
- La sensazione di essere dominate da questo sintomo pervadente può essere così invalidante che alcune pazienti minacciano il suicidio se questa eccitazione intrusiva non viene bloccata in qualsiasi modo.
- La preoccupazione di una possibile causa medica, anche grave, che causi la PSAD, è un'altro fattore principe che induce a consultare il medico.
- Tutte le donne finora viste in consultazione dalle Autrici (SRL e AG) riportano come la durata dell'eccitazione sessuale genitale, la sua intensità, la sua autonomia rispetto al desiderio e all'eccitazione mentale (spesso del tutto assenti) siano *devastanti per il loro equilibrio interiore e la loro serenità*. È tuttavia possibile che altre donne non siano disturbate da questo sintomo e non si presentino quindi all'attenzione clinica.

CASI CLINICI

Caso 1

La signora B.C., 38 anni, all'incirca 6 mesi fa ha cominciato a notare "improvvisi e inusuali ondate di eccitazione sessuale che si presentavano quasi come una ondata di energia elettrica, che iniziava dai piedi e saliva dappertutto". Ogni cellula diventa erotizzata in un modo così parossistico che il solo toccarsi in qualsiasi parte del corpo le causa una serie di orgasmi. Il primo episodio l'ha lasciata molto scossa. Si è preoccupata ancora di più

quando si è resa conto che la cosa si ripeteva, anche più volte al giorno. Gli orgasmi arrivavano anche senza alcuna stimolazione ulteriore, con una serie di scosse e spasmi, quasi degli attacchi epilettici. Ha chiamato il suo medico che le ha consigliato una TAC e alcuni esami del sangue, ma tutto è risultato nei limiti di norma. Si sente “dominata dal suo corpo” e “in grave imbarazzo”. Ha chiesto un periodo di aspettativa per la paura che al lavoro capiscano cosa le sta succedendo e la deridano per questo. Il disturbo è stressante in sé, ma anche perché: “Non so dove sbattere la testa perché nessuno sembra aver mai sentito parlare di niente di simile... Il fatto che tutti gli esami finora eseguiti siano negativi, quando il disturbo persiste, mi inquieta ancora di più...”

Caso 2

La giovane, 23 anni, era un'italiana all'estero, che seguiva la rubrica sulla sessualità tenuta da AG su una rivista italiana, e che telefonò in studio.

“Circa un anno fa ho cominciato ad avere una sensazione di eccitazione fisica continua al clitoride. All'inizio la masturbazione mi dava sollievo e gli orgasmi erano intensi. Non ne ho parlato con nessuno perché mi vergognavo. Poi la cosa è peggiorata, l'eccitazione è continua e gli orgasmi sono diventati spontanei, come una scarica elettrica genitale, quasi più meccanici e sempre meno piacevoli. Adesso sono solo delle raffiche di contrazioni muscolari dei muscoli che sento attorno alla vagina e sotto le labbra. Ho anche un senso di peso alla vescica e un dolore sordo sopra il pube. Sono molto preoccupata. Cosa mi consiglia di fare?”

Fu suggerita una TAC, un elettroencefalogramma ed esami ormonali. Sfortunatamente la TAC evidenziò una massa dello spazio del Retzius, tra vescica e pube, che all'intervento si rivelò essere un sarcoma (una forma di tumore dei tessuti connettivi molto aggressiva) che aveva interessato il nervo dorsale del clitoride. La ragazza fu operata all'estero. Il disturbo da eccitazione sessuale persistente scomparve dopo l'intervento con la asportazione dei tessuti colpiti. Purtroppo la ragazza morì dopo pochi mesi perché il sarcoma aveva già dato metastasi sistemiche.

Caso 3

La signora A.S., 78 anni, vive sola. Non è mai stata sposata. È magra, minuta, vestita in modo molto semplice, senza trucco. Da circa un anno ha notato un'eccitazione fastidiosa che all'inizio compariva di notte “obbligandomi a toccarmi”. Gli orgasmi così provocati, che la signora chiama “scosse piacevoli, all'inizio”, diventarono man mano più frequenti e meno intensi. La signora non aveva notato nessun aumento di desiderio sessuale, né di sogni erotici o altre forme di eccitazione mentale spontanea. Il disturbo era diventato quotidiano, “non cedeva con il toccarsi”, e spesso dava luogo a “scosse genitali” anche in assenza di stimolazione fisica. Era anzi molto turbata da questa forma di “ossessione fisica”, come la definiva, che le aveva causato una crescente depressione, e molti sensi di colpa essendo cattolica praticante e non avendo mai praticato prima l'autoerotismo in vita sua. Era stato il confessore, cui finalmente aveva osato svelare il problema, che le aveva vivamente raccomandato una visita specialistica. All'anamnesi emerse un trattamento con un farmaco cortisonico di derivazione androgenica da molti anni, “per curare l'osteoporosi” (*sic*). All'esame obiettivo la signora presentava evidente clitoridomegalia, con un cli-

toride gonfio e congesto, che pregò di non toccare per non avere l'umiliazione di un orgasmo durante la visita. La TAC risultò negativa. Gli esami ormonali (testosterone totale e libero, deidroepiandrosterone, androstenedione) erano ai livelli inferiori del *range* di normalità, per l'età. La sospensione del farmaco cortisonico e la somministrazione di un antiandrogeno (ciproterone acetato, 25 mg al dì per sei mesi, e successivamente 12,5 mg al dì per altri sei mesi), associata alla prescrizione di un antidepressivo (paroxetina, 20 mg al dì – partendo da 5 mg a salire –) per ridurre la depressione, ma anche per inibire almeno parzialmente l'orgasmo) portarono alla graduale risoluzione del sintomo. Il supporto psicologico e la spiegazione che il disturbo era dovuto all'effetto collaterale del farmaco e a nessun "vizio" personale rassicurarono e sollevarono ulteriormente la signora. Al *follow-up* a un anno il sintomo non si è più presentato.

IMPLICAZIONI CLINICHE

La maggioranza dei casi di disturbo dell'eccitazione sessuale persistente non sembra presentare significative alterazioni anatomiche, ormonali, neurologiche o psichiatriche, per lo meno con gli attuali mezzi di indagine. Le donne esaminate dalle Autrici (SL e AG) sono psicologicamente sane e per tutto il resto integrate nella loro vita. L'ipotesi di una genesi "psicosomatica" richiede tuttavia di essere sostanziata nei meccanismi fisiopatologici. Non è ancora chiaro se il PSAD sia una sindrome nuova o, molto più probabilmente, un quadro clinico che solo ora è stato riconosciuto, descritto e inquadrato come entità a sé stante. La differenza è importante. Se fosse un disturbo realmente nuovo, la possibilità di fattori ambientali (stili di vita inappropriati, additivi nei cibi, agenti infettivi, sport che causino una compressione/solecitazione particolare del nervo pudendo (ciclismo su lunghe distanze) che lo potrebbero causare, merita certamente di essere considerata. È possibile comunque che si tratti di un quadro clinico che solo ora è stato adeguatamente descritto.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE RISPETTO ALLA "IPERSESSUALITÀ FEMMINILE"

L'ipersessualità femminile non ha ancora ricevuto un adeguato inquadramento clinico, anche perché presenta caratteristiche difficili da definire, specie quando è vissuta positivamente dal soggetto (egosintonica) e crea invece disagio nell'ambiente di appartenenza. Il giudizio sociale su ciò che è considerato "normale" nella sessualità femminile varia infatti molto in relazione al contesto socioculturale o religioso. Non a caso il termine "ninfomania", carico di giudizio morale, è sempre stato usato come un marchio negativo (Brotto & Graziottin, 2004).

La "ninfomania", come eccessivo comportamento sessuale, è stata infatti diagnosticata come disturbo mentale nel Primo Manuale Diagnostico e Statistico sui Disturbi Mentali (DSM-I), nel 1951, riclassificata come disturbo sessuale nella terza edizione del 1980 (DSM-III), riclassificata come dipendenza sessuale ("*sexual addiction*") nel 1987 (DSM-III-R) e infine eliminata dalla nosografia nella quarta edizione (DSM-IV) del 1994. Le traversie diagnostiche di questo termine dicono bene la sua intrinseca elusività, le ambivalenze

che esso evoca, il diverso significato rispetto alle mutate condizioni culturali e alla diversa libertà sessuale di cui ora godono le donne del mondo occidentale rispetto a soli cinquant'anni fa.

L'ipersessualità egosintonica risulta più difficile da definire sul confine verso la normalità. È più facile da inquadrare quando il soggetto la considera eccessiva rispetto a sé, al proprio ideale dell'Io, alle esperienze personali precedenti ("egodistonica"). In tal caso può essere definita come la presenza di un desiderio e di un comportamento sessuale con caratteristiche aumentate rispetto a quelle considerate normative per l'età, che provoca distress personale e/o interpersonale.

Revisioni recenti della letteratura (Brotto & Graziottin, 2004) hanno evidenziato l'eterogeneità di quadri clinici, specie quando è presa in considerazione la variabile "desiderio sessuale". Una eterogeneità non solo epifenomenica, a livello di comportamenti manifesti, ma anche a livello di possibili quadri neurobiologici che la possono sottendere (Coleman, 1992; Black et al., 1997; Bradford, 2001; Carroll et al., 2001). Lo sviluppo delle neuroscienze e la crescente conoscenza dei legami tra neuroplasticità, psicoplasticità e comportamenti (Kandell et al., 1998, Kandell, 2000) ha enormemente accresciuto le conoscenze sul desiderio e sui substrati neurobiologici che lo sottendono, in condizioni fisiologiche e patologiche (Coleman, 1992; Black et al., 1997; Panksepp, 1998; Bradford, 2001; Carroll et al., 2001; Solms & Turnbull, 2002).

L'"ipersessualità femminile", associata ad elevato desiderio sessuale, può essere una naturale e piacevole espressione di una sessualità felice e non inibita e può non essere associata ad alcun tratto psicopatologico. Per livello di desiderio, facilità di eccitazione mentale e fisica, rapidità e intensità di orgasmo, soddisfazione dopo l'orgasmo, e quindi anche per frequenza di masturbazione e/o di rapporti queste donne si collocano quindi ad un estremo della gaussiana di distribuzione dei comportamenti sessuali femminili fisiologici.

L'ipersessualità femminile, anche se rara, **diversamente dalla PSAD**, può essere caratterizzata da:

- **desiderio elevato**, con frequenti fantasie sessuali, volontarie e involontarie (i cosiddetti "*sexual day dreams*", o sogni sessuali ad occhi aperti, che si affacciano alla coscienza spontaneamente – e intrusivamente – quando si è impegnati in altro. Possono essere percepiti come molto piacevoli, come capita nell'innamoramento passionale, o spiacevoli);
- alta frequenza di masturbazione, in genere riferita come piacevole, e che comporta **piena risoluzione dell'eccitazione**;
- rapporti frequenti, **con risoluzione dell'eccitazione**;
- variabile soddisfazione dopo la masturbazione e/o il rapporto.

L'ipersessualità femminile, può essere egosintonica, ossia gradita e in sintonia con l'ideale dell'Io della donna; può essere più o meno gradita al/la partner o al contesto; oppure può essere percepita come variamente disturbante per la donna (egodistonica) e/o per il/la partner o il contesto familiare e sociale.

L'"ipersessualità femminile", può anche essere associata a:

- comportamenti compulsivi (Coleman, 1992; Black et al., 1997; Anderson et al., 1999; Bradford, 2001; Carroll et al., 2001). In questi casi il motore primo del comportamento sessuale sembra legato al tentativo, più o meno conscio, di reagire ad un'angoscia interiore che la donna non riesce ad affrontare sul terreno psichico (analogamente alla bulimia alimentare con cui questo sottotipo di ipersessualità condivide alcuni aspetti carat-

teristici) che non ad un reale aumento del desiderio sessuale, che può essere normale o addirittura basso. In tal caso, dal punto di vista psicodinamico la ricerca compulsiva di rapporti, fino alla promiscuità, è molto simile all'abbuffata alimentare. È stata proposta per tali casi l'espressione "bulimia sessuale" - (Graziottin, 1997, 2004a);

- a disturbi della personalità, specie nel disturbo di controllo dell'impulsività (Brotto & Graziottin, 2004; Graziottin, 2004a);
- a effetti iatrogeni, per esempio, per persistente somministrazione sopra fisiologica di farmaci, come il testosterone, che possono aumentare le basi biologiche del desiderio e dell'eccitazione mentale; oppure in caso di somministrazione di levo-dopa, come succede nei pazienti, uomini e donne, affetti da morbo di Parkinson (Graziottin & Maraschiello, 2002; Graziottin, 2004b). La levo-dopa (e derivati) può aumentare il desiderio e stimolare il comportamento sessuale perché aumenta i livelli di dopamina, che è il neurotrasmettitore principe delle vie neurobiologiche che coordinano il desiderio e la ricerca di gratificazione sessuale (Panksepp, 1998; Solms e Turnbull, 2002; Graziottin, 1997, 2004b);
- a droghe eccitanti, come la cocaina e le anfetamine, che agiscono sulle basi neurochimiche dei comportamenti appetitivi sessuali (*vedi* il capitolo sulle nuove acquisizioni sul desiderio sessuale) (Pfaus & Everitt, 1995; Panksepp, 1998; Solms e Turnbull, 2002);
- sindrome di Kluver-Bucy, una malattia neurologica caratterizzata da danno all'amigdala e ai centri ivi contenuti che regolano la paura/ansia e la collera/rabbia. Questi soggetti, per altri aspetti con capacità cognitive conservate, presentano un quadro clinico particolare, in cui l'ipersessualità è associata a comportamenti sessualmente indiscriminati, a masturbazione compulsiva, a iperoralità (Carroll et al., 2001);
- lesioni del lobo frontale, con perdita del suo ruolo inibitore e quindi dei freni che regolano il comportamento morale (Anderson et al., 1999). In tali casi l'ipersessualità si esprime in luoghi e contesti non socialmente appropriati creando marcato distress interpersonale.

L'eterogeneità dei correlati biologici ben suggerisce la grande variabilità degli aspetti neurobiologici che possono concorrere:

- a) ad un aumento **globale** della **funzione sessuale femminile**, (desiderio, eccitazione, orgasmo, soddisfazione), che potremmo definire ipersessualità vera (egosintonica o egodistonica), senza evidenti correlati patologici, primaria o acquisita dopo un periodo di normalità;
- b) ad un **aumento del comportamento sessuale** non necessariamente collegato ad un aumento del desiderio, ma con **fisiologia dell'eccitazione conservata** (in particolare con scomparsa della congestione genitale dopo uno o più orgasmi);
- c) ad un **aumento del comportamento sessuale associato a diverse condizioni patologiche** (ipersessualità sintomatica, o secondaria) e a riduzione dei freni inibitori;
- d) **aumento persistente, disturbante e isolato dell'eccitazione sessuale genitale**, che può o meno associarsi a ipersessualità, **in cui mancano il desiderio e la risoluzione dell'eccitazione**.

Anche l'"ipersessualità femminile" non è stata oggetto di analisi sistematica.

La presenza di un'eccitazione genitale svincolata dal desiderio e dall'eccitazione mentale e, soprattutto, la perdita del feedback che porta a completa risoluzione dell'eccitazione

Tab. 10.1 - Diagnosi differenziale tra disturbo da eccitazione sessuale persistente (PSAD) nella donna e ipersessualità femminile associata ad elevato desiderio sessuale.

Caratteristiche	Disturbo da eccitazione sessuale persistente	Ipersessualità femminile
Desiderio sessuale	Normale o scarso	Elevato
Eccitazione sessuale mentale	Scarsa o assente	Elevata
Eccitazione sessuale genitale	Marcata, persistente, intrusiva, non voluta, non scompare dopo l'orgasmo	Adeguate, piacevoli, scompare dopo uno o più orgasmi
Orgasmi	Frequenti	Frequenti
Soddisfazione	Scarsa o assente, con frustrazione per il persistere dell'eccitazione e l'incapacità di farla smettere	Normale o elevata, se l'ipersessualità è egodistonica. Bassa se l'ipersessualità è egodistonica
Frequenza masturbazione	Elevata per ridurre la tensione fisica	Elevata per il piacere, orgasmico e non
Frequenza rapporti	Normale, o aumentata, se partner disponibile	Aumentata; possibile promiscuità
Vissuto complessivo	Negativo, con preoccupazione per possibili cause mediche gravi	Positivo, se l'ipersessualità è egosintonica. Può causare distress personale, se interferisce con lavoro o obiettivi di vita; distress interpersonale a partner o familiari

dopo l'orgasmo sono i due fattori *differenziali* più forti e caratterizzanti tra PSAD e "ipersessualità femminile" (Tab. 10.1).

CONCLUSIONI

Il disturbo da eccitazione sessuale persistente nella donna merita adeguata attenzione clinica perché può causare grande sofferenza, frustrazione e rovinare la qualità della vita personale e professionale. Va distinto da una diagnosi generica di ipersessualità, perché il suo tratto distintivo è un'eccitazione genitale persistente, non voluta, intrusiva, non associata ad aumento del desiderio o dell'eccitazione mentale, e che non cede, se non parzialmente, con l'orgasmo.

I casi meritano di essere segnalati e raccolti, così da poter effettuare diagnosi articolate e individuare, all'interno della grande eterogeneità delle possibili eziologie, alcuni tratti

fisiopatologici distintivi che potrebbero poi ispirare un trattamento non solo sintomatico, ma eziologicamente mirato.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1951) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1th Edition, Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th Edition, Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th Edition, Text Revised Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Washington, DC: Author.
- Anderson, S.W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., Damasio, A. (1999). *Impairment of social and moral behaviour related to early damage in human prefrontal cortex*. Nature Neuroscience 2: 1032-1037.
- Basson, R, Leiblum, SR, Brotto, L, Derogatis, L, Fourcroy, J, Fugl-Meyer, K, Graziottin, A, Heiman, J, Laan, E, Meston, C, van Lankveld, J, Weijmar Schultz, W (2003). *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision* J. Psychosomatic Obstet. Gynecol (in press).
- Black, D.W., Kehrberg, L.L.D., Flumerfelt, D.L., Schlosser, S.S (1997) *Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behaviour*. American Journal of Psychiatry 154: 243-249.
- Bradford, J.(2001). *The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour*. Canadian Journal of Psychiatry 46: 26-34.
- Brotto L. Graziottin A. (2004). *Hyperactive Sexual desire in women: myth or clinical reality?* In: Graziottin A. (ed) Female Sexual Disorders: clinical approach. Urocinamica (in press).
- Carroll, B.T., Goforth, H.W, Raimonde, L.A. *Partial Kluver-Bucy syndrome: Two cases (2001)* CNS Spectrums 6: 419-426.
- Coleman, E. (1992). *Is your patient suffering from compulsive sexual behaviour?* Psychiatric Annals 22: 320-325.
- Graziottin, A. (1997). *Fisiopatologia genito-sessuale femminile*. In: Di Benedetto, P., & Graziottin, A. (Eds.), *Piacere e Dolore* Trieste, La Goliardica, pp. 21-40.
- Graziottin A.(2004a). *Sessuologia Medica Femminile*. In: Di Rienzo, G.C. (Ed.), *Manuale di Ginecologia*. Roma, Verduci (in press).
- Graziottin A. (2004b). *Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions*. In: Kandel F, Lue T, Pryor J, Swerdloff R (eds) *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment*, New York, Marcel Dekker, (in press).
- Graziottin, A. Maraschiello T. (2002). *Farmaci e sessualità*. Milano, Airon.
- Kandel, E.R. (1998). *A new intellectual framework for psychiatry*. American Journal of Psychiatry 155: 457-469.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M. (2000). *Principles of Neural Science*. Norwalk CT, Appleton & Lange.
- Leiblum S, Nathan S.(2002). *Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint*. Sex Relationship Ther 17(2):191-198.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, Oxford University Press.
- Pfaus, JG, & Everitt, BJ (1995). *The Psychopharmacology of Sexual Behaviour*. In Bloom, FE & Kupfer, D (eds.) *Psychopharmacology*, New York: Raven Press, 65, 743-58.
- Solms, M., Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world*. London, Karnac.