

Eccitazione genitale persistente: non è ninfomania, ma un problema serio

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

«Mi sono decisa a scriverle, dopo aver inutilmente consultato tre medici e due psicologhe. Da circa un anno soffro di un disturbo tremendo. Ho 71 anni, sono vedova da 12: un matrimonio sereno, mio marito è stato il mio unico uomo. Mai avrei pensato che potesse succedermi un disastro simile. Tutto è iniziato con un'eccitazione notturna, senza cause né sogni particolari. Ho cominciato a toccarmi, per vedere se smetteva (mai fatto prima nella vita). Anche se provo piacere, l'eccitazione resta, brutta, sgradevole, avvilente. Non va via, mi distrugge la vita. Ho vergogna a parlarne. Ho già perso 10 chili. Ora mi perseguita anche di giorno. "Si trovi un uomo e si metta in pace", mi ha detto un medico. E' una "forma tardiva di ninfomania", dice la psicologa. Non mi sembra proprio. Cosa può essere? Mi può aiutare? Grazie di cuore!».

Infelice

Intuisco e comprendo bene il suo profondo disagio e la sua seria preoccupazione, gentile signora. I sintomi che lei descrive sono tipici della sindrome dell'eccitazione genitale persistente (Persistent Genital Arousal Disorder, PGAD). E' definita come «un'eccitazione genitale spontanea, intrusiva e non gradita, in assenza di desiderio e di interesse sessuale». E' tutt'altra cosa dalla ninfomania, in cui la donna è molto seduttiva e sensuale, il desiderio e l'interesse sessuale sono accesi e assaporati, l'eccitazione è piacevole e voluta.

Gli orgasmi, nell'autoerotismo o in coppia, sono molto intensi, e si accompagnano di regola a risoluzione dell'eccitazione, come succede nella normale risposta sessuale. La PGAD, che persiste nonostante gli orgasmi, è invece davvero disturbante e invalidante, e può distruggere la vita se non viene ben affrontata dal punto di vista diagnostico e curativo. Può colpire lo 0.6-3% delle donne, l'1.6% in Italia. Non poche. Nel lontano 2004 avevo pubblicato sulla PGAD il primo capitolo di un libro in italiano, insieme a Sandra Leiblum, brillante psicoterapeuta statunitense che per prima l'aveva descritta nel 2001: l'eccitazione genitale, spontanea e sgradevole, può accompagnarsi a "scosse elettriche", fastidio, prurito, sensazioni di pulsazioni genitali, formicolio e contrazioni muscolari.

Le cause possono essere diverse: eccessive contrazioni involontarie dei muscoli del pavimento pelvico, tra cui il muscolo bulbo-cavernoso; nevralgia del nervo pudendo; eccesso di ormoni maschili; effetto collaterale di farmaci o interventi; conseguenza di attacchi ischemici transitori; equivalenti epilettici; e altre ancora. Per questo la diagnosi medica deve essere rigorosa, con una storia clinica (anamnesi) accuratissima.

La visita evidenzia quasi di regola la congestione genitale e clitoridea, confermata da un'ecografia specifica; l'esame clinico deve valutare bene lo stato di contrazione dei muscoli del pavimento pelvico e degli otturatori interni, nella cui fascia passa il nervo pudendo: se contratti, possono creare una sofferenza aggiuntiva del nervo, con formicolii e dolore. Gli esami ormonali

servono per chiarire eventuali cofattori endocrini. La risonanza magnetica nucleare del piccolo bacino e quella funzionale cerebrale aiutano a individuare o escludere altre cause. Ulteriori esami sono scelti in base alla storia della paziente e all'orientamento diagnostico.

Non esistono protocolli di cura standardizzati, né italiani, né internazionali. La terapia mira a ridurre la congestione clitoridea, con antiandrogeni e farmaci che alzano reversibilmente la prolattina, e a rilassare i muscoli pelvici, quasi di regola contratti, con fisioterapia e diazepam vaginale. Altri farmaci sono scelti in base a specifiche indicazioni cliniche. I risultati sono rasserenanti nella maggioranza dei casi. E' essenziale però che medici e psicologi affrontino questo sintomo con rispetto e rigore clinico, inviando a specialisti competenti.

Pillole di salute e di benessere

«I disturbi della tiroide possono dare anche problemi sessuali?».

Sara T.

Sì, perché gli ormoni tiroidei sono essenziali anche per la sessualità e la fertilità.

«Cosa vuol dire se le erezioni notturne ci sono, ma di giorno non funzionano?».

R.M.

L'erezione notturna valida conferma che sul fronte biologico (vascolare, nervoso, ormonale e muscolare) tutto è ancora sano. Le difficoltà di erezione diurne, con partner, possono essere causate da ansia da prestazione e/o da stress eccessivo, che causano vasocostrizione arteriosa, minando la qualità dell'erezione, e fuga venosa, con rapida detumescenza.
