Il vaginismo

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

Che cos'è il vaginismo? pag. 1
Da cosa è causato? pag. 1
Fattori psicosessuali personali pag. 2
Fattori di coppia pag. 2
Fattori biologici pag. 3
Quali sono i sintomi precoci che possono farlo sospettare? pag. 4
Come si cura? pag. 4
Quali sono le prospettive di guarigione? pag. 4
Approfondimenti generali pag. 5
Approfondimenti specialistici pag. 5

Che cos'è il vaginismo?

Il vaginismo è un disturbo sessuale caratterizzato da paura e angoscia della penetrazione, associate a variabile fobia del rapporto e a una contrazione muscolare riflessa, e quindi involontaria, dei muscoli che circondano la vagina.
La gravità del disturbo, e quindi la prognosi, dipende da tre fattori principali che il ginecologo-sessuologo valuta già durante la prima visita:
1) gravità della fobia (lieve, media o severa);
2) intensità dello spasmo muscolare, valutato in quattro gradi;
3) presenza e gravità di fattori psicosessuali, personali o di coppia, che concorrano alla genesi e/o al mantenimento del sintomo (1-6).
Il vaginismo è la causa principale femminile di matrimonio non consumato, o matrimonio bianco (1,7), e, più in generale, di difficoltà ad avere rapporti sessuali completi.
Quando il vaginismo non è così severo da impedire la penetrazione, il rapporto è possibile ma causa dolore: si parla allora di dispareunia (3,4). In caso di vaginismo, la dispareunia è presente fin dal primo tentativo di rapporto sessuale. Il microtrauma della mucosa vaginale, causato dalla penetrazione in condizioni di secchezza vaginale, e con l'entrata vaginale "ristretta" a causa dello spasmo del muscolo che la circonda, può favorire uno stato di infiammazione cronica della mucosa dell'entrata vaginale, che causa la "vestibolite vulvare" (6).

Da cosa è causato?

La vagina, in sé, non è affatto stretta: è anzi l'organo del corpo forse in assoluto più elastico e distensibile, visto che durante il parto consente il passaggio di un bambino di tre o quattro chili!

© 2005 - Prof. Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

La sua distensibilità, tuttavia, è condizionata dalla tensione e dall'elasticità del muscolo che la circonda verso l'esterno e che viene detto "elevatore dell'ano" o "pubococcigeo".
Poche donne sanno che questo muscolo è soggetto a controllo sia volontario sia involontario. Per esempio, possiamo contrarlo volontariamente, e quindi chiudere anche l'ingresso vaginale, quando vogliamo trattenere l'urina o le feci. Il muscolo elevatore chiude infatti il bacino in basso, circondando anche l'ano e l'uretra, il condottino da cui esce l'urina. Possiamo invece distenderlo in un rapporto sessuale desiderato, e persino contrarlo ritmicamente durante la penetrazione per aumentare il nostro piacere e quello del partner. Nelle donne che soffrono di vaginismo, questo muscolo è invece contratto eccessivamente (muscolo "iperattivo") e in modo involontario: è questa contrazione a dare alla donna (e al suo compagno) la sensazione di "avere un muro lì". La paura della penetrazione e la contrazione muscolare possono dipendere da fattori psicosessuali personali, da fattori di coppia e da fattori biologici. Ciascun gruppo di cause può agire da fattore predisponente, precipitante e/o di mantenimento del problema sessuale (1-6).

Fattori psicosessuali personali

Includono le cause educative, o correlate alla storia personale, che hanno indotto o aumentato la paura della penetrazione. Un'educazione molto restrittiva, o che ha associato la sessualità alla colpa, alla vergogna o al dolore, può aver creato una paura della penetrazione che si è costruita negli anni sino a diventare talvolta una vera e propria fobia (1,7). In tali situazioni la causa prima è psicologica - la paura del rapporto - ma diventa anche fisica in quanto la contrazione persistente del muscolo, spesso protratta per anni, finisce per automantenersi e stabilizzarsi. In altre parole, una stato di spasmo muscolare del muscolo elevatore diventa la postura abituale, come se una sorta di ruggine biologica lo bloccasse in quella situazione. A questo punto la penetrazione è impossibile e il solo lavoro psicologico non basta a curare il vaginismo, che abbisogna di un approccio integrato: medico e psicosessuale.
A volte la paura della penetrazione è legata a traumi emotivi specifici: pregresse molestie o tentativi di violenza, per esempio; oppure indagini mediche dolorose subìte nell'infanzia o nella prima adolescenza (quali tamponi vaginali o uretrali, cistoscopie, suture per traumi accidentali). O, ancora, è stata la paura della deflorazione, della perdita di sangue ad essa associata o la paura del parto, magari interiorizzata dopo aver ascoltato racconti traumatici, ad aver causato un'angoscia specifica sulla penetrazione. Spesso più fattori psichici sono presenti nella singola donna (1-5,8).

Fattori di coppia

Spesso la coppia condivide una simmetrica paura rispetto alla penetrazione: lei ha paura di essere penetrata e lui ha paura (inconsciamente) di penetrare. Il 32% dei partner di donne vaginismiche, nella mia esperienza clinica, presenta disturbi sessuali quali difficoltà a mantenere l'erezione o ejaculazione precocissima, che spesso esprimono proprio l'ansia inconscia relativa alla penetrazione e la paura, anche, di far male alla compagna, già così spaventata (1,2).
In genere entrambi i partner sono alla prima scelta affettiva e sono arrivati vergini al matrimonio, per scelta, per ragioni di fede religiosa. Spesso hanno una scarsissima esperienza

© 2005 - Prof. Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

nell'intimità erotica, in quanto la relazione nel corso degli anni si è maggiormente sviluppata sul fronte affettivo e della tenerezza. Una minoranza di coppie, in cui la donna soffre di vaginismo, riesce a vivere una variata e soddisfacente intimità sessuale, da cui resta esclusa solo la penetrazione.
In positivo, la risoluzione del problema di lei è spesso sufficiente a normalizzare anche la funzione sessuale del partner. In altri casi è necessario affrontare in parallelo i problemi di entrambi. Ecco perché è indispensabile valutare la coppia, e non solo la donna che soffre di vaginismo.
Spesso si tratta di coppie che hanno una profonda intesa affettiva. Entrambi i partner sapranno essere ottimi genitori. E' invece scarsa l'attrazione erotica. La motivazione al trattamento scatta più spesso nel momento in cui la coppia desidera ardentemente avere un bambino. Un altro tratto comune, in queste coppie, è il profondo attaccamento alla famiglia di origine, per cui, soprattutto la donna, continua a sentirsi più "figlia di" che "moglie di" (1-5).
La comprensione di questi possibili cofattori psicosessuali e di coppia è preziosa per una terapia davvero attenta alla complessità e al significato dell'esperienza sessuale (1-5,7,8).

Fattori biologici

Purtroppo le cause fisiche, biologiche, del vaginismo sono state per decenni trascurate, in quanto se ne è vista solo la componente psichica. In realtà, anche la fobia ha una base neurobiologica: nelle donne che soffrono di vaginismo sono più reattive le parti del cervello che coordinano i livelli d'ansia. E' inoltre frequente che la signora soffra di altre fobie (per esempio delle piume, dei serpenti, degli spazi chiusi…) e/o di attacchi di panico. In caso di fobia severa è proprio questa base neurobiologica a indicare l'uso di farmaci che aiutino a ridurre la vulnerabilità alla fobia e all'ansia, facilitando così la progressione della terapia (3,8).
L'aspetto biologico critico del vaginismo, critico perché più trascurato, è l'eccessiva attività del muscolo elevatore dell'ano. L'iperattività di questo muscolo può essere espressione dello stato di "allarme" fisico generale, associato alla fobia severa: in tal caso fa parte di quell'allerta muscolare che coinvolge tutti i muscoli del corpo di fronte ad uno stimolo reale o simbolico che crei angoscia e paura (9). La contrazione del muscolo può dipendere da disturbi legati al muscolo stesso o da cause neurologiche: si parla in tal caso di "neurodistonia muscolare" (3,5). Può inoltre essere attivata dal dolore genitale, anale o vescicale, specialmente se presente in fase pre-pubere.
In medicina, la copresenza di altri sintomi e patologie, in associazione al disturbo primariamente indagato, viene definita "co-morbidità". Nel caso del vaginismo, le co-morbidità più frequenti riguardano sia il fronte psicosessuale, sia il fronte medico. Sul fronte psicosessuale, la donna affetta da vaginismo spesso riferisce anche attenuazione progressiva del desiderio nel corso del tempo, scarsa eccitazione e difficoltà all'orgasmo. Sul fronte medico, la comorbidità riguarda non solo le fobie, la depressione e l'ansia, ma anche sintomi pelvici che, purtroppo, raramente vengono indagati. La stitichezza, per esempio, è frequentemente associata al vaginismo perché il muscolo elevatore dell'ano, quando ipertonico, può costituire il denominatore comune di entrambe le patologie (5).
In positivo, un'accurata diagnosi delle comorbidità può portare a una terapia più efficace e

soddisfacente, perché attenta all'intera persona e al suo benessere.
A volte, infine, la causa dell'impossibilità ad avere rapporti è innanzitutto anatomica, perché l'imene è particolarmente fibroso e rigido, o la vagina è sviluppata in modo incompleto (agenesia vaginale) (3). Il dolore provato a causa dei ripetuti tentativi di penetrazione, anche se provocato da una causa anatomica, può concorrere allo sviluppo del vaginismo vero e proprio, inteso cioè come paura della penetrazione e contrazione muscolare riflessa. Questa contrazione, a sua volta, contribuisce a rendere la penetrazione ulteriormente dolorosa o addirittura impossibile.

Quali sono i sintomi precoci che possono farlo sospettare?
Il sintomo più frequente, nella ragazza adolescente, è la difficoltà ad usare i tamponi interni per la protezione mestruale (4,10). Questa difficoltà può essere il semaforo rosso che indica come la ragazza possa avere uno spasmo dei muscoli perivaginali che rende difficile e/o impossibile anche l'inserimento del tampone. In positivo, una ginecologa attenta può insegnare a rilassare i muscoli perivaginali e a inserire correttamente il tampone, rispettando l'integrità dell'imene, effettuando così una prevenzione tempestiva ed efficace di problemi quali il vaginismo, la dispareunia e la vestibolite vulvare (4,10).

Come si cura?
Per ottenere la guarigione è indispensabile una terapia finalizzata a due obiettivi:
1) rimuovere le cause psicosessuali, personali e/o di coppia, che hanno favorito la comparsa e/o il mantenimento della paura della penetrazione;
2) curare le cause biologiche del vaginismo. Questo significa:
a) "lavorare sul corpo", con una terapia sessuologica comportamentale e riabilitativa, finalizzata a ridurre la tensione muscolare generale e far rilassare proprio il muscolo elevatore teso, contratto e, a volte, dolente ("mialgico") (3);
b) agire farmacologicamente, per modulare le basi biologiche dell'ansia e della fobia. Un nuovo aspetto farmacologico del trattamento riguarda l'uso della tossina botulinica in caso di vaginismo severo, per rilassare l'elevatore dell'ano e consentire una più rapida progressione del lavoro psicosessuale (3,6,8).
In questo modo si curano sia la parte psicologica del disturbo, sia le componenti fisiche, somatiche, quali le contrazioni muscolari persistenti, per sciogliere pian piano la paura della penetrazione che continua ad alimentare lo spasmo stesso.
Quando la fobia è molto forte, l'aiuto farmacologico per ridurre l'ansia aiuta a sbloccare la situazione più di cento sedute di psicoterapia. Esercizi per migliorare la consapevolezza e la capacità di controllo della tensione muscolare sino a riportare il tono muscolare alla normalità, uniti all'uso successivo di dilatatori vaginali, potranno consentire di sciogliere ulteriormente la paura e l'angoscia, fino a vivere serenamente un'intimità completa con il partner.

Quali sono le prospettive di guarigione?
Quando il vaginismo è di media gravità, quando non si accompagna a fobia severa, quando non

esistono problemi psicosessuali importanti e il rapporto di coppia è positivo e motivante, la terapia sessuologica è breve (10-15 sedute sono in genere sufficienti) e coronata da successo nel 96% dei casi (4). I pochi fallimenti sono riconducibili a una perdita di desiderio in entrambi i partner, che a volte emerge con chiarezza solo dopo che il rapporto è diventato possibile, per cui alla risoluzione del vaginismo non segue poi il rapporto vero e proprio. Questo "blocco" è più probabile quando la coppia viene in consultazione dieci anni o più dopo il matrimonio.
Diagnosi precoce e immediata richiesta di aiuto terapeutico, non appena la coppia scopra di avere questa difficoltà, ottimizzzano sia la velocità della cura (perché il desiderio è ancora presente e la motivazione è elevata) sia il successo.
Un approfondimento psicologico, di più lunga durata, può essere necessario quando emergano persistenti fattori emotivi, psicosessuali e/o relazionali, che tendono a mantenere il disturbo. Un medico con formazione sessuologica è in genere la persona giusta a cui chiedere aiuto, specialmente se lavora in un gruppo di sessuologia medica in cui siano presenti tutte le figure professionali che possono essere preziose per la terapia (psicoterapeuta individuale e di coppia, psicologa testista, psichiatra, fisioterapista/fisiatra, neurologo/a, uroandologo per eventuali problemi paralleli del partner) (4,7,8).
Quando lo spasmo muscolare e la fobia del rapporto sono particolarmente forti e persistenti, la terapia è impegnativa e complessa, e richiede l'intervento di specialisti particolarmente esperti in questo campo, ossia di un ginecologo/a con una specifica competenza in sessuologia medica e, specificamente, nel trattamento del vaginismo (3). La terapia richiede allora un approccio farmacologico più articolato, che può includere l'uso della tossina botulinica. Il successo terapeutico richiede tempi più lunghi (20-30 sedute di terapia sessuologica, più un eventuale trattamento psicoterapeutico parallelo, se indicato). Il tasso di risoluzione con un approccio medico così articolato resta elevato, intorno al 94%.

Approfondimenti generali

Alessandra Graziottin, **Il dolore segreto - Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali**, Mondadori, Milano 2005
Con un linguaggio semplice ed empatico, e insieme con rigore scientifico, il libro guida le lettrici e i lettori alla scoperta dei complessi meccanismi nervosi, immunologici, ormonali, muscolari e infettivi che presiedono all'insorgenza e alla progressione del dolore sessuale. Esamina le diverse patologie che causano il sintomo doloroso, lo sottendono e lo esasperano, ne esplora le implicazioni psicologiche, nella donna e nella coppia. Per ogni causa delinea una nuova prospettiva terapeutica, aprendo un orizzonte di speranza a chi, forse, aveva smesso di credere di poter guarire.

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A.
Analfabetismo erotico e vaginismo
In Benagiano G. Pasini W. (a cura di), Attualità in biosessuologia. Le psicoterapie sessuali, Atti del IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Sessuologia Clinica, Roma, 6-8 dicembre

1986, Masson Editore, Milano, 1988, pag. 75-78

2) Graziottin A.
Vaginismo e dispareunia
In Marandola P. (a cura di), Andrologia e Sessuologia Clinica, Edizioni La Goliardica Pavese, Pavia, 1995, pag. 247-254

3) Graziottin A.
Il ginecologo e la dispareunia
In Leiblum S.R. e Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2004, pag. 248-267

4) Graziottin A.
Sexual pain disorders in adolescents
In Genazzani A.R. (Ed), Proceedings of the XI World Congress of Human Reproduction, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005, pag. 434-449 (vedi testo completo nella sezione "Pubblicazioni/Articoli per atti di congressi" presente su questo sito)

5) Graziottin A. Bottanelli M. Bertolasi L.
Vaginismus: a clinical and neurophysiological study
In Graziottin A. (Guest Editor), Female Sexual Dysfunction: clinical approach, Urodinamica 14, 117-121, 2004

6) Graziottin A. Brotto L.
Vulvar Vestibulitis Syndrome: clinical approach
Journal of Sexual Marital Therapy, 30, 125-139, 2004

7) Leiblum S.R.
Il vaginismo: un problema estremamente sconcertante
In Leiblum S.R. e Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2004, pag. 219-238

8) Plaut M. Graziottin A. Heaton J. (2004)
Sexual dysfunction
Fast Facts Series, Health Press, Oxford, UK, 2004

9) van der Velde J. Laan E. Everaerd W.
Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction, 12, 328-331, 2001

10) Harlow B.L.
Prevalence and Etiological Predictors of Vulvodynia: Key Preliminary Epidemiological and Microbiological Associations
Proceedings of the Meeting on "Vulvodynia and Sexual Pain Disorders in Women: A State of the Art Conference", Atlanta, Georgia (USA), October 27, 2004, pag. 10-14