Il vaginismo - 3: Come si diagnostica

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

Introduzione

Nelle schede precedenti abbiamo illustrato le caratteristiche generali, i sintomi e le cause del vaginismo. In questa scheda spieghiamo:
- come si dovrebbe svolgere la visita medica;
- come si arriva a una diagnosi corretta e alla conseguente prognosi;
- come la donna può contribuire alla riuscita del consulto.

La prima visita: approccio del medico

Dalla varietà dei fattori biologici, psicologici e relazionali che lo alimentano, si capisce come il vaginismo sia un disturbo che il medico deve affrontare con competenza sistemica e sensibilità umana, senza la pretesa di forzare i tempi della guarigione o di ricondurre il problema a un'unica "grande causa".

Purtroppo, molti medici conoscono poco il vaginismo, e così la prima fase del processo di guarigione consiste proprio nel trovarne uno esperto del problema.

Una visita ginecologica completa, accurata e attenta alle possibilità diagnostiche offerte dalla semeiotica è il primo essenziale passo del percorso terapeutico, anche perché può evocare le stesse ansie e le stesse tensioni muscolari difensive che la donna prova quando tenta di avere un rapporto. Un'accurata valutazione clinica permetterà inoltre di stabilire il livello di gravità del vaginismo non solo in funzione dell'esame clinico obiettivo, ma anche in base al modo in cui la donna reagisce di fronte alla visita stessa.

Se la donna, presa dal panico, arriva a rifiutare la visita, il medico non dovrebbe insistere, né tantomeno irritarsi, ma semplicemente diagnosticare un vaginismo severo con fobia di grado elevato. Procedere ugualmente alla visita, in questi casi, non farebbe altro che traumatizzare ancora di più una donna già paralizzata dall'attacco fobico. E' molto meglio soprassedere con tatto e cortesia, spiegando che cosa si può fare, a livello farmacologico, per ridurre l'angoscia. Si possono comunque spiegare i primi esercizi di focalizzazione sul pavimento pelvico e sulla modulazione del tono muscolare mediante la respirazione, senza toccare l'area genitale, cosicché la donna possa rilassarsi e concentrarsi senza ansie su esercizi che la aiutino ad acquisire consapevolezza motoria e sessuale su quella parte del corpo, spesso cancellata ("rimossa") dalla percezione cosciente.

Iniziando un appropriato trattamento farmacologico, finalizzato a ridurre le basi biologiche della fobia e dell'ansia, la donna avrà meno paura e si lascerà visitare, e questo per due ragioni fondamentali:
- il non aver insistito, la prima volta, l'avrà fatta sentire compresa e rispettata anche nella sua angoscia;

- nello stesso tempo, l'efficacia dei farmaci e la chiarezza delle spiegazioni l'avranno aiutata, negli incontri successivi, ad accettare gradualmente la visita e il lavoro sul pavimento pelvico, come indispensabile premessa alla guarigione.
Inoltre, l'aver iniziato un lavoro sessuologico e riabilitativo che la rispetti, anche nella sua vulnerabilità al dolore, aiuta la donna a stabilire un ottimo rapporto di fiducia con il medico curante. E' questa la premessa per un eccellente lavoro terapeutico.

Come si arriva a una diagnosi corretta

Per una corretta diagnosi differenziale (ossia che escluda con certezza ogni altra possibile patologia) è essenziale che il ginecologo:
1) presti attenzione alle parole con cui la donna descrive il suo sintomo e i fattori che, secondo lei, l'hanno favorito o causato (vedi Diverse manifestazioni cliniche riferite dalla donna che soffre di vaginismo);
2) effettui un accurato esame medico, generale e ginecologico, con attenzione specifica alla valutazione del tono muscolare, alla condizione dell'imene, alle caratteristiche delle mucosi genitali per diagnosticare eventuali comorbilità con la vestibolite vulvare e/o con il lichen sclerosus;
3) integri e interpreti il vissuto soggettivo e le indicazioni cliniche obiettive, alla luce di una perfetta padronanza della fisiopatologia che sottende il disturbo.
La visita ginecologica, se condotta in modo attento, può innanzitutto cogliere alcuni segni specifici relativi ai due principali sintomi del vaginismo: lo spasmo muscolare e la fobia.
Con riferimento al muscolo elevatore, il medico dovrebbe innanzitutto osservare:
- l'intensità dello spasmo muscolare;
- la sua eventuale tendenza a diminuire con la rassicurazione;
- se la paziente riesce a distendere il muscolo volontariamente, spingendo come per andare di corpo.
Nelle forme di vaginismo severo, di IV grado, quest'ultima manovra è impossibile: alla richiesta di spingere, anzi, si ha nel 77,7% dei casi un ulteriore aumento involontario della contrazione (detto anche "inversione del comando" o "contrazione paradossa"). Questo dato clinico è confermato dalle evidenze strumentali dell'elettromiografia ad ago (Graziottin 2007, Graziottin et Al, 2004; Bertolasi et Al. 2005).
In un secondo momento, il medico dovrebbe passare all'esplorazione vaginale. Nel vaginismo severo e con fobia marcata, questa operazione può essere impossibile o rifiutata dalla donna. Nei casi di lieve e media gravità, l'esplorazione vaginale è possibile, naturalmente con la massima delicatezza. Attraverso di essa, il medico può verificare se esistano altri tre importanti segni che possono confermare la diagnosi:
- una forte dolorabilità del muscolo elevatore contratto (mialgia);
- punti di dolorabilità localizzata (tender points);
- punti da cui il dolore si irradia verso il piccolo bacino (trigger points).
Con riferimento alla fobia della penetrazione, i comportamenti di allarme che la esprimono sono, come abbiamo già spiegato:
- la midriasi;

- l'espressione di paura del volto;
- la sudorazione fredda;
- i brividi di freddo da vasocostrizione periferica;
- la tachicardia;
- il respiro superficiale e accelerato;
- la tensione muscolare generale, oltre che pelvica;
- la sensazione di angoscia e di fame d'aria;
- la tendenza a sottrarsi alla visita, sollevando i glutei, inarcando la schiena e chiudendo le gambe.

Tutti questi segni sono tanto più evidenti quanto più la fobia della penetrazione è accentuata.
Nei casi di vaginismo severo con fobia marcata, inoltre, il volto della paziente lascia sempre trasparire tre indizi preziosi, anche al di fuori dell'attacco di panico vero e proprio, che esprimono il timore di lasciar entrare le emozioni e il bisogno di controllare tutti gli eventi circostanti:
- la bocca serrata, per l'eccessiva contrazione dei muscoli "orbicolare della bocca" e "massetere";
- i muscoli del viso contratti;
- gli occhi bene aperti.

La tensione della bocca può associarsi ad altri sintomi importanti:
- l'usura delle corone dentarie, per la tendenza a digrignare i denti di notte (un disturbo noto come bruxismo);
- il dolore (artralgia) dell'articolazione temporo-mandibolare, quando il problema persista per anni;
- le possibili cefalee tensive associate.

Oltre che nei muscoli che circondano la bocca e la vagina, la tensione tende a somatizzarsi anche a livello della colonna cervicale e lombare. Questo può spiegare l'eventuale presenza di:
- una crescente rigidità a livello del collo, con frequenti cefalee muscolo-tensive, come sopra accennato;
- lombalgie, in cui è più intensa la contrattura nella zona lombare.

Il medico valuterà infine la presenza di emorroidi, stipsi, iperattività vescicale, cistiti, vestibolite vulvare, e di eventuali disturbi psicosessuali (in particolare, del desiderio e dell'eccitazione).

Diverse manifestazioni cliniche riferite dalla donna che soffre di vaginismo

- Non riesco a inserire nulla in vagina
- Riesco a inserire il tampone o a sottopormi alla visita ginecologica, ma non accetto la penetrazione (o viceversa)
- Accetto parzialmente la penetrazione, ma avverto molto dolore e bruciore dopo, anche per due-tre giorni
- Il dolore della penetrazione è così forte che l'eccitazione scompare e non riesco ad avere l'orgasmo
- Sono anni che tollero il dolore, e ora non ho più alcun desiderio
- Il dolore va e viene a fasi alterne e imprevedibili, devo sempre stare attenta a controllare il tono dei miei muscoli

Dalla diagnosi alla stadiazione e alla prognosi

Attraverso la visita, tenendo conto di tutti i sintomi e i segni, il ginecologo arriva a confermare la diagnosi di vaginismo e a valutarne il grado di severità in termini di intensità dello spasmo muscolare (gradi da I a IV) e della fobia associata (lieve, media, severa). In altre parole, procede alla "stadiazione" del problema, ossia a una valutazione complessiva di gravità che includa sia gli aspetti clinici obiettivi sia i fattori psicosessuali, personali e di coppia (Graziottin 2006, 2007).

La "prognosi" consiste, a questo punto, nella valutazione concreta:

- della possibilità di risolvere il problema;
- del tipo di terapia necessaria;
- del probabile tempo di guarigione.

Oltre che dal livello di tensione dei muscoli perivaginali e dal grado di fobia, la prognosi è influenzata dai seguenti fattori:

- l'eventuale presenza di comorbilità fisiche (vestibolite vulvare, stipsi, disturbi urinari, amenorrea, ossia blocco delle mestruazioni) e/o psicosessuali (disturbi del desiderio e dell'eccitazione, pregresse molestie o abusi, lutti importanti non elaborati, fobie);
- il grado di stress associato al vaginismo;
- la motivazione alla soluzione: se è solo il desiderio di avere figli, la coppia si impegnerà molto per risolvere il problema ma, dopo il concepimento, l'interesse per l'intimità tenderà a ridursi di nuovo;
- la situazione relazionale della donna (single o in coppia);
- la qualità di tale relazione;
- la presenza di eventuali problemi maschili associati;
- gli anni intercorsi fra la scoperta del problema e la richiesta di aiuto;
- conflitti inconsci profondi (per esempio, omosessualità in uno dei due o disturbi dell'identità sessuale).

La prognosi, in generale, è più delicata o addirittura riservata se:

1) il vaginismo è di lunga durata;
2) la componente muscolare non viene seriamente affrontata, a livello riabilitativo e farmacologico;
3) la coppia viene in consultazione solo perché vuole avere dei figli, ma il desiderio è scomparso da tempo;
4) le comorbilità mediche e/o psicologiche non vengono diagnosticate e affrontate adeguatamente;
5) la non consumazione del matrimonio cela conflitti inconsci profondi;
6) i vantaggi secondari del mantenimento della situazione (per esempio avere un basso livello di ansia sessuale, in uno o, spesso, entrambi i partner) sono maggiori di quelli garantiti dal superamento del problema (come vedremo, la terapia psicodinamica sarà essenziale per chiarire e superare questa ambivalenza).

Racconta la tua storia per aiutare la diagnosi

1) Informati prima su un ginecologo/a esperto di dolore ai rapporti, di dispareunia e vaginismo per essere accolta con comprensione e rispetto, e avere una diagnosi accurata fin dalla prima visita

2) Introduci subito il problema e dichiara sempre esplicitamente che il dolore ai tentativi di rapporto è il motivo della consultazione medica/ginecologica: "Durante i rapporti sessuali provo dolore, e spero che lei mi possa aiutare."

3) Descrivi in modo specifico il tuo dolore: quando appare, che cosa senti esattamente (dolore, bruciore, prurito pungente), dove è localizzato, quanto dura, se smette quando rinunci alla penetrazione, quando è comparso per la prima volta, se riesci o meno a infilare il tampone o a fare la visita ginecologica, se hai trovato qualche cosa che lo riduca (lubrificante vaginale, cambio di posizione…)

4) Spiega se hai paura o angoscia quando vedi i tuoi genitali e/o pensi ai rapporti sessuali: "Non riesco nemmeno a guardarmi lì…"

5) Parla di ogni problema avuto in passato, inclusi traumi genitali, visite mediche dolorose e così via

6) Hai mai avuto malattie sessualmente trasmesse, infezioni da Candida, problemi di vescica, dolore pelvico non provocato da penetrazione?

7) Parla di ogni eventuale abuso sessuale subito in passato, o comunque delle esperienze che abbiano gettato una luce negativa sull'intimità sessuale (per esempio, racconti traumatici del parto)

8) Di' quale pensi sia il problema, secondo te: "Crede che possa trattarsi di vaginismo? I sintomi sono simili a quelli di cui parlava un articolo che ho letto qualche tempo fa. Ho letto che ci possono essere anche altri disturbi che possono provocare dolore ai rapporti, e vorrei che l'eventuale diagnosi di vaginismo li escludesse con assoluta certezza"

Approfondimenti generali

Graziottin A.
Il dolore segreto – Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali
Arnoldo Mondadori Editore, 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

Bertolasi L. Bottanelli M. Graziottin A. 2005
Dispareunia, vaginismo, iperattività del muscolo elevatore e tossina botulinica: il ruolo del

neurologo
in Graziottin A. (Guest Ed.), I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta, Giornale Italiano di Ginecologia, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006, p. 264-268

Graziottin A. (Guest Ed.), I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta
Giornale Italiano di Ginecologia, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006, p. 264-268
Graziottin A. 2006
Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus
in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 342-350
Graziottin A. 2007
Vaginismo: fisiopatologia e diagnosi
in: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 374-379
Graziottin A. Bottanelli M. Bertolasi L. 2004
Vaginismus: a clinical and neurophysiological study
In Graziottin A. (Guest Editor), Female Sexual Dysfunction: clinical approach, Urodinamica 14, 117-121, 2004
Graziottin A. Rovei V. 2007
Sexual pain disorders
in: Owens A.F. Tepper M.S. (Eds), Sexual Health, Praeger, Westport (CT, USA) - London (UK), 2007, p. 287-313