Il vaginismo - 4: Come si cura

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

Introduzione

Nelle schede precedenti abbiamo esaminato:
- le caratteristiche generali del vaginismo;
- i sintomi principali e secondari;
- i sintomi precoci;
- le cause biologiche, psicosessuali personali e di coppia;
- 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.

In questa ultima scheda illustriamo:
- le terapie a livello sessuologico, farmacologico ed eventualmente psicodinamico;
- il ruolo del partner per la soluzione positiva del problema;
- le prospettive di guarigione;
- l'effetto della guarigione sulla vita della donna e della coppia;
- gli errori da non commettere quando si scopre di soffrire di questo disturbo.

La vostra voce - Che cure posso fare per risolvere il problema?

Ho fatto due anni di psicoterapia che non mi è servita a niente... Non ho avuto né traumi né violenze. Io e mio marito ci vogliamo un bene dell'anima. Eppure non riesco ad avere rapporti. Che cosa c'è in me che non va? Quale è la cura più efficace?

Ho letto del biofeedback e della fisioterapia. Che differenza c'è? Possono essere utili nel mio caso?

Ho sentito parlare di botulino... Ma funziona davvero? E' una terapia sicura? Ci sono effetti collaterali importanti? A chi devo rivolgermi?

Un ginecologo mi ha detto che "bisogna fare un intervento per aprirmi". Non c'è una terapia che mi possa aiutare senza chirurgia?

Non sono mai riuscita ad avere un rapporto sessuale, perché soffrivo di vaginismo. Il mio fidanzato mi ha lasciata perché la situazione non si risolveva. Dopo due anni, mi sono innamorata di nuovo. Lui è molto affettuoso e paziente... Ora, dopo sei mesi, siamo riusciti ad avere dei rapporti anche molto belli: il mio vaginismo non c'è più! Ma allora il dolore può essere solo psichico?

Io e mio marito desideriamo disperatamente un figlio, possibilmente in modo naturale. Vorremmo finalmente riuscire a fare quello che per tutti è la cosa più semplice del mondo: far l'amore con tenerezza e con tutta l'intensità di affetto che ancora ci lega, nonostante questo calvario... e concepire un figlio nella nostra intimità.

Ho risolto bene il problema del muscolo e della fobia, adesso posso avere la penetrazione tranquillamente. Ma non provo niente!!! Che cosa posso fare?

Â© 2008 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

Come si cura il vaginismo?

Il vaginismo va curato a livello farmacologico, riabilitativo e sessuologico. La chirurgia non è indicata, a meno che non esista in parallelo un imene davvero fibroso, spesso, rigido o cribroso, che richieda un'incisione ad esso limitata ("imenotomia"). Ma è un intervento che va effettuato solo nei pochissimi casi in cui ci sia una corretta indicazione clinica.

La terapia, in particolare, è finalizzata a due obiettivi:

1) curare le cause biologiche del vaginismo;

2) rimuovere le cause psicosessuali, personali e/o di coppia che abbiano favorito la comparsa e/o il mantenimento della paura della penetrazione.

Le opzioni terapeutiche principali sono:

- una terapia sessuale comportamentale breve, di cui fa parte il lavoro corporeo, con particolare attenzione al rilassamento del muscolo elevatore (Van de Wiel et Al, 1990; Graziottin, 1988, 1995, 2004a, 2006, 2007a);
- un trattamento farmacologico personalizzato (Plaut et Al, 2004).

Entrambe queste strategie operano sul corpo, a livello biologico, sia pure con approcci molto differenti.

La psicoterapia individuale o di coppia (detta anche "terapia psicodinamica") è infine indicata se esistono problemi psicologici specifici (traumi infantili o nell'adolescenza, abusi pregressi, problemi relativi all'immagine corporea, conflitti di coppia e così via), ma non può sostituirsi alla specifica terapia sessuologica, farmacologica e riabilitativa che il vaginismo richiede.

Per ciascuna paziente il medico sceglierà la combinazione terapeutica ottimale. Quanto più l'intervento è precoce rispetto al momento della scoperta del problema, tanto più la terapia è breve e porta a risultati migliori, non solo sul piano del superamento in senso "tecnico" del blocco sessuale, ma anche dal punto di vista del raggiungimento di un'intimità complessiva più ricca e appagante per entrambi i partner.

La terapia sessuale comportamentale

La terapia sessuologica comportamentale e riabilitativa è finalizzata a:

- migliorare il rapporto con il corpo e la sensualità;
- ridurre la tensione muscolare generale;
- rilassare il muscolo elevatore teso, contratto e a volte dolente ("mialgico");
- a far accettare gradualmente la penetrazione, prima di un dito, poi di tutori di dimensioni graduate, fino ad arrivare al rapporto completo (Graziottin 2004b, 2005, Jeng 2006).

Il principio di fondo, ben studiato e applicato anche nelle psicoterapie a orientamento corporeo, è che, modificando l'atteggiamento del corpo, possiamo agire sull'equilibrio della psiche. Ogni emozione fondamentale, infatti, ha un preciso correlato motorio. Quando il movimento (per esempio il desiderio di fuga in risposta all'emozione di paura) viene inibito o bloccato, tutta la tensione accumulata si scarica a livello corporeo, trasformando la muscolatura in una vera e propria "corazza" protettiva.

Dal punto di vista terapeutico, agendo sui diversi nodi di tensione muscolare si può liberare la

tensione accumulata, che si scarica a volte in un pianto dirotto, e rimuovere quella sorta di "ruggine" psicosomatica che inibisce la capacità di rilassamento muscolare. Insegnando a respirare lentamente e profondamente, con il training respiratorio o lo yoga, il terapeuta aiuta la paziente a riacquisire consapevolezza dei propri livelli di somatizzazione dell'ansia e a modularli gradualmente. La donna impara inoltre a riconoscere i diversi nodi di tensione e a rilassare volontariamente le varie parti del corpo. Gli esercizi aiutano innanzitutto a rilassare il muscolo elevatore, ma anche il viso, la colonna cervicale e lombare.
Altre forme di riabilitazione più semplici sono lo stretching, l'automassaggio, la fisioterapia o il biofeedback di rilassamento. Quest'ultimo è una tecnica fisioterapica più specifica, che consente di imparare a modulare la tensione muscolare attraverso la visualizzazione del livello di tensione sul monitor di un computer collegato a una sonda posta in vagina.
In questo progressivo cammino di guarigione, anche la "terapia della vita" può essere di grande aiuto: il ballo, per esempio, può aiutare a sciogliere con gradualità tensioni antiche, in modo divertente.
La durata media della terapia sessuologica varia da 10 a 20 sedute (Graziottin, 1988, 1995, 2004b, 2005, Plaut et Al, 2004). Se si considera una frequenza settimanale, bastano mediamente da tre a sei mesi di cura. Nei casi più gravi, in cui la componente fobica è alimentata da tensioni inconsce, e/o quando la contrazione miogena del muscolo richiede anche molti cicli di terapia con tossina botulinica, i tempi possono invece superare l'anno, per la necessità di un parallelo lavoro psicodinamico.

La terapia farmacologica

L'intervento farmacologico può operare su due fronti complementari:
- innanzitutto per modulare le basi biologiche dell'ansia e della fobia. Ansia e fobie hanno infatti una forte base neurobiologica, spesso su base genetica, in cui la "buona volontà" non serve in alcun modo a ridurre il disturbo. E' molto più utile l'uso di farmaci che, riducendo l'iperattività cerebrale agli stimoli ansiogeni, consentano di stabilizzare la situazione emotiva e neurovegetativa, rendendo più agevole il percorso terapeutico. L'uso di antidepressivi della famiglia degli "inibitori della ricaptazione della serotonina" (SSRI) con azione ansiolitica, come la paroxetina, e di benzodiazepine a basse dosi, come l'alprazolam, aiutano a ridurre l'ansia (e naturalmente la depressione, inevitabile dopo anni di dolore e frustrazione), mentre il diazepam contribuisce a ridurre l'ipertono muscolare, data la sua azione miorilassante;
- in caso di vaginismo severo, un nuovo aspetto farmacologico del trattamento riguarda l'uso della tossina botulinica per rilassare l'elevatore dell'ano e consentire una più rapida progressione del lavoro psicosessuale (Graziottin 2004b, 2007a, Graziottin e Brotto 2004, Plaut et Al. 2004).
Se la contrazione del muscolo è modesta, automassaggi con un gel a base di aliamidi od olio di iperico, e stretching del muscolo elevatore, possono aiutare a rilassarlo.
In questo modo si curano sia le componenti fisiche, somatiche, come le contrazioni muscolari persistenti, sia la parte psicologica del disturbo, per sciogliere gradualmente la paura della penetrazione che continua ad alimentare lo spasmo.

In che cosa consiste la terapia con tossina botulinica?

E' un trattamento ancora in fase di studio: va quindi effettuato da medici con specifica esperienza, in ambienti adeguati, come può essere una clinica universitaria, e dopo approvazione del Comitato Etico locale.

La tossina può correggere temporaneamente lo specifico problema dell'ipertono e delle contrazioni paradosse, ma non può modificare le componenti psichiche e relazionali del disturbo: essa, quindi, non sostituisce la terapia sessuologica classica, ma la integra e la accelera. Se la donna sente che questo ulteriore aiuto può esserle utile, e non ha paura delle iniezioni, entra nel protocollo terapeutico, con consenso informato.

Il protocollo prevede non solo la valutazione ginecologica e sessuologica (personale e di coppia), ma anche un'elettromiografia ad ago, che documenta non solo se esista iperattività, ma anche la sua intensità e la presenza o meno di contrazioni paradosse. Studi condotti in collaborazione con la dottoressa Laura Bertolasi dell'Università di Verona, indicano che l'iperattività del muscolo è presente nel 77,7% delle pazienti con vaginismo severo (Bertolasi et Al. 2008). Inoltre, l'83,3% di queste donne soffre di stipsi fin dall'infanzia (perché, come abbiamo visto, il muscolo contratto può ostacolare anche la funzione intestinale).

Come si somministra il botulino?

La tossina botulinica è quella di tipo A (la stessa che viene utilizzata a livello cosmetico per rilassare i muscoli mimici del viso) e viene iniettata con un piccolissimo ago da insulina a metà strada fra il bordo esterno della vagina (forchetta) e l'ano. La puntura, quindi, non è dolorosa e viene ripetuta con periodicità diversa, a seconda della gravità dell'ipertono e della risposta della paziente.

Il grado di rilassamento è variabile e dipende:

- dalla dose, che può essere aumentata nelle iniezioni successive, effettuate all'incirca ogni due-tre mesi;
- dal grado della tensione muscolare di partenza.

La dose delle singole somministrazioni è comunque molto bassa, perché vicino al punto di iniezione si trovano gli sfinteri che regolano la continenza anale e vescicale. Un errore nel dosaggio potrebbe comportare incontinenza, certo temporanea, ma comunque fastidiosa.

All'inizio, quando l'effetto della tossina si esaurisce, il muscolo tende a ritornare in ipertono. Il rilassamento indotto dal farmaco, però, interrompe poco per volta il circolo vizioso paura-contrazione-dolore. Se in parallelo viene eseguita una terapia sessuologica adeguata, il tono muscolare si assesterà gradualmente su valori normali e, a un certo punto, non ci sarà più bisogno di ulteriori "richiami". Ecco perché normalmente bastano tre-sei applicazioni di tossina.

In sinergia con la terapia sessuologica e farmacologica "classica", questo nuovo approccio consente di curare casi ritenuti prima intrattabili. Al punto che ora la si inizia ad usarla anche nelle vestiboliti vulvari associate a marcato ipertono del muscolo elevatore.

La tossina botulinica funziona sempre?

Quasi sempre. Finora, su oltre 100 signore trattate, abbiamo avuto un solo caso di non risposta,

forse per la presenza di anticorpi antibotulino che ne impediscono l'azione. Si tratta quindi di un'opportunità terapeutica di grande interesse, che va usata con competenza e intelligenza clinica, integrandola con la necessaria attenzione anche alle componenti psicologiche e sessuali che il vaginismo, e la coppia "bianca", presenta sempre.

Quando è indicata la terapia botulinica?

La terapia con tossina botulinica è indicata quando:

- l'ipertono del muscolo elevatore ha una componente genetica e/o neurodistonica; in altri termini, è presente una contrazione "miogena", ossia uno spasmo generato dal muscolo stesso: in questi casi il problema è primariamente biologico, e quindi la psicoterapia da sola non è indicata;
- la contrattura muscolare è comunque severa e non risponde alle terapie riabilitative più semplici, come lo stretching, l'automassaggio, la fisioterapia o il biofeedback di rilassamento.

La psicoterapia individuale e/o di coppia

La psicoterapia individuale o di coppia è indicata se esistono problemi psicologici specifici, ma non può sostituirsi alla specifica terapia sessuologica, farmacologica e riabilitativa. Quando la fobia è molto forte, l'aiuto farmacologico per ridurre l'ansia aiuta a sbloccare la situazione più di cento sedute di psicoterapia.

La psicoterapia (o "terapia psicodinamica") aiuta ad affrontare e superare gli eventi traumatici che possono aver innescato il vaginismo e i fattori emotivi che lo alimentano (Meston e Bradford 2007).

In particolare, è preziosa per:

- sciogliere le paure relative alla penetrazione e all'aggressività in essa contenuta;
- comprendere e attenuare il bisogno di controllo;
- esplicitare e gestire le ambivalenze nei confronti della soluzione del problema;
- superare l'eccessivo attaccamento alla famiglia d'origine e il timore di cambiare.

È poi assolutamente indispensabile in caso di pregresse molestie o abusi, oppure quando sono in gioco più rari conflitti inconsci relativi all'identità sessuale o a un inaccettato desiderio omosessuale.

Gli errori da non commettere

- Chiudersi in se stesse per la vergogna
- Aspettare, pensando che "tanto, con il tempo, passerà"
- Rimandare la soluzione al momento in cui si desiderano figli
- Accettare psicoterapie generiche
- Accettare soluzioni chirurgiche, se non nel raro caso di imene fibroso
- Rifiutare l'aiuto farmacologico
- Non coinvolgere il partner

Quanto conta il ruolo del partner per la soluzione positiva del problema?

Se il partner presenta a sua volta problemi psicosessuali e/o disfunzioni quali un'ejaculazione precocissima o un deficit di erezione dovuto all'ansia da prestazione, va curato in parallelo, in collaborazione con l'uroandrologo, così da garantire alla coppia la risoluzione di tutti i problemi individuali che concorrono a mantenere la non consumazione del rapporto.

Il ruolo del partner resta sempre fondamentale nell'ottimizzare il risultato della cura sessuologica: la sua presenza e il suo supporto affettuoso possono aiutare la donna a superare i momenti di sconforto e difficoltà, a riprendere fiducia, a ritrovare gesti intimi dimenticati o abbandonati per la frustrazione e il dolore. E' prezioso per ritrovare il gusto di giocare insieme, di riscoprirsi, anche dal punto di vista erotico, di baciarsi appassionatamente. E per incoraggiamento, anche, a non guardare indietro, agli anni di frustrazione e dolore, ma avanti verso una vita insieme, rasserenata e sensuale.

Quali sono le prospettive di guarigione dal vaginismo?

Sono molto buone, con una variabilità che dipende soprattutto:

- dal grado dello spasmo muscolare e della fobia;
- dalla presenza o meno di eventuali problemi psicosessuali e/o relazionali associati;
- dal tempo intercorso fra la scoperta del problema e l'inizio di una terapia efficace;
- dall'aver trovato medici sessuologi davvero esperti nel campo.

In particolare, si possono distinguere tre casi:

1) VAGINISMO DI LIEVE-MEDIA GRAVITA' A ETIOLOGIA ESSENZIALMENTE BIOLOGICA

La terapia sessuologica è breve (10-15 sedute sono in genere sufficienti) e coronata da successo nel 96% dei casi (Graziottin 2005, Jeng et Al 2006) quando:

- il vaginismo è di media gravità;
- non si accompagna a fobia severa;
- non esistono problemi psicosessuali importanti;
- il rapporto di coppia è positivo e motivante.

La diagnosi precoce e l'immediata richiesta di aiuto terapeutico, non appena la coppia scopra di avere questa difficoltà, ottimizzano la velocità e il successo della cura (perché il desiderio è ancora presente e la motivazione è elevata).

I pochi fallimenti sono riconducibili in questi casi a una perdita di desiderio in entrambi i partner, che a volte emerge con chiarezza solo dopo che il rapporto è diventato possibile. In tali casi 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.

2) VAGINISMO DI MEDIA GRAVITA' CON COMPLICANZE PSICOSESSUALI E RELAZIONALI

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 (Graziottin 2005, 2007b, Leiblum 2004,

Plaut et Al. 2004):
- psicoterapeuta individuale e di coppia;
- psicologa testista;
- psichiatra;
- fisioterapista/fisiatra;
- neurologo/a;
- uroandologo, per eventuali problemi paralleli del partner (deficit erettivo per ansia da prestazione e/o ejaculazione precocissima).

3) VAGINISMO SEVERO

Quando infine lo spasmo muscolare e la fobia del rapporto sono molto 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, sulle patologie legate ai muscoli del pavimento pelvico e sul trattamento del vaginismo (Graziottin 2004b, 2007a). La terapia implica 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 e riabilitativa del pavimento pelvico, più un eventuale trattamento psicoterapeutico parallelo, se indicato). Il tasso di risoluzione con un approccio medico così articolato resta comunque molto elevato, intorno al 93-94%, e all'88% se entrambi i coniugi hanno uno o più problemi sessuali (vaginismo e scarso o assente desiderio, in lei; scarso desiderio, deficit di erezione o eiaculazione precoce in lui).

Il team che può aiutare la donna e la coppia

- **Ginecologo**: è lo specialista che per definizione sa diagnosticare e trattare i problemi pelvici. Non tutti i ginecologi, però, hanno un'adeguata esperienza nella diagnosi e nella terapia del vaginismo, ma altri sono molti competenti, possono arrivare a una corretta diagnosi differenziale (ossia che escluda con certezza ogni altra patologia) e aiutare la donna ad avviarsi sulla strada della guarigione;

- **Fisioterapista**: anche in Italia c'è un numero crescente di fisioterapisti specializzati nel pavimento pelvico e nei disturbi sessuali caratterizzati da dolore, come il vaginismo. Molti protocolli di cura prevedono inoltre la possibilità di svolgere a casa parte della riabilitazione, in piena libertà di orario e a un costo molto più contenuto (Graziottin 2007b)

- **Psichiatra**: soprattutto se sono presenti altre fobie importanti, ansia o depressione elevate che richiedano un trattamento farmacologico specialistico

- **Sessuologo**: per la specifica parte di terapia sessuologica comportamentale. Il medico sessuologo in genere ha anche questa specializzazione

- **Psicologo/ psicoterapeuta**: per affrontare meglio le problematiche psicologiche individuali relative all'immagine corporea, al rapporto con il piacere, a pregresse esperienze di molestie,

violenza o abuso, e/o eventuali problematiche di coppia

- **Uroandrologo**: se il partner ha problemi paralleli di deficit erettivo per ansia da prestazione e/o ejaculazione precocissima

---

Risolto il problema del vaginismo e dei rapporti, come è il futuro erotico della coppia?
La prognosi è migliore quando la coppia arriva in consultazione subito dopo la scoperta del problema: quando cioè l'innamoramento, il desiderio di intimità fisica, oltre che emotiva, sono ancora vivi e possono motivare la coppia a impegnarsi non solo nella risoluzione del problema "vaginismo", ma a scoprire e assaporare un erotismo progressivamente gratificante.
La sessualità resta invece marginale nelle coppie che vengono in consultazione dopo anni dalla scoperta del problema, solo perché desiderano ardentemente un figlio. Spesso la coppia "riprova" a cercare una soluzione, dopo tentativi di terapia frustranti, effettuati negli anni precedenti, che li hanno indotti a rinchiudersi nel silenzio. Anni che possono ridurre progressivamente il desiderio, la voglia fisica di intimità, la stessa attrazione erotica, la passione iniziale. Ottenuta la risoluzione del problema e la tanto desiderata gravidanza, la coppia tende allora a tornare a un'intimità più tenera e affettuosa, in cui anche i rapporti sessuali restano radi e poco sensuali.

Come cambia la donna dopo la risoluzione di un problema così delicato e frustrante come il vaginismo?
Cambia in meglio su molti fronti! In generale, la donna che risolve bene il suo vaginismo mostra, in parallelo, un aumento dell'autostima e della fiducia in sé. Vive con gioia una riscoperta crescente della sua femminilità ("finalmente mi sento una donna completa"), che si manifesta in una maggior cura del vestiario, dei capelli, del trucco, in una maggiore sensualità e una sana seduttività. Donne che avevano difficoltà esistenziali legate ad altre fobie conquistano una rinnovata fiducia nel poterle risolvere: per esempio, la signora che aveva paura del metrò riesce finalmente a scendere quegli scalini per prendere la metropolitana; la ragazza che aveva paura di guidare riesce a prendere la patente; la donna che aveva il terrore dell'acqua va in piscina e riesce con successo a fare un corso di nuoto; la giovane "bloccata" agli esami riprende a studiare e riesce a laurearsi.
In altri termini, l'aver risolto con successo un problema che minava al cuore il senso di femminilità, il risentirsi finalmente "normale", dà alla donna un rinnovato coraggio e la fiducia di poter risolvere molti altri problemi che le limitavano la vita. In questo senso, una terapia del vaginismo ben fatta non si limita a risolvere il problema sessuale ma irradia positivamente su molti altri aspetti dell'esistenza personale e di coppia: è sì faticosa e impegnativa, ma può davvero regalare un diverso e più appagante sguardo sulla vita e una maggiore gioia anche nell'esistenza quotidiana!

In sintesi

- 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
- Il vaginismo di I e II grado rende possibile la penetrazione, che tuttavia è dolorosa (dispareunia)
- Il vaginismo di III e IV grado è caratterizzato da uno spasmo muscolare così serrato da rendere impossibile il coito e dolorosissimo ogni tentativo
- Il vaginismo severo è la causa femminile più frequente di mancata consumazione del matrimonio
- Il vaginismo si accompagna spesso a comorbilità proctologiche (stipsi, emorroidi), urologiche (cistiti) e sessuologiche (vestiboliti vulvari, disturbi del desiderio e dell'eccitazione)
- Le cause del vaginismo possono essere biologiche, psicosessuali personali e relazionali (di coppia)
- In circa un terzo dei casi, il partner della donna affetta da vaginismo presenta a sua volta disturbi sessuali
- Per una diagnosi accurata è sempre necessario valutare entrambi i partner, dal punto di vista medico, psicosessuale e relazionale
- La visita medica deve includere e integrare un attento ascolto delle parole con cui la donna descrive il suo sintomo e un accurato esame medico
- La prognosi dipende dalla diagnosi di gravità del vaginismo, dalla presenza di altre condizioni patologiche associate (anche nel partner), dal grado di stress, dalla motivazione alla soluzione, dalla situazione relazionale della donna, dagli anni intercorsi fra la scoperta del problema e la richiesta di aiuto, dagli eventuali conflitti inconsci relativi all'identità o all'orientamento sessuale
- L'intervento terapeutico include: terapia sessuale comportamentale breve, trattamento farmacologico, terapia psicodinamica
- Il vaginismo è una patologia da cui si può guarire bene
- La coppia può recuperare in tempi variabili un'eccellente intimità, spesso coronata da una gravidanza serena e conclusa in modo naturale anche grazie al crescente controllo emotivo e muscolare acquisito dalla donna durante la terapia

Modificato da A. Graziottin, Il dolore segreto, Mondadori, Milano, 2005

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. Frasson E. Bottanelli M. Vicentini S. Didonè G. Graziottin A. 2008
Coexisting idiopathic cervical dystonia and primary vaginismus: a case report
Journal of Neurology 2008 Mar; 255 (3): 443-5

Graziottin A. 1988
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

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

Graziottin A. 2004a
Sessuologia medica: maschile e femminile
in: Di Renzo G.C. (a cura di), Ginecologia e Ostetricia, Verduci Editore, Roma, 1462-1492, 2005

Graziottin A. 2004b
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

Graziottin A. 2005
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

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. 2007a
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. 2007b
Female sexual dysfunction: Treatment
in: Bø K. Berghmans B. Mørkved S. Van Kampen M. (Eds), Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor - Bridging Science and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, UK, 2007, p. 277-287

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

Graziottin A. Brotto L. 2004
Vulvar Vestibulitis Syndrome: clinical approach
Journal of Sexual Marital Therapy, 30, 125-139, 2004
Jeng C.J. Wang L.R. Chou C.S. Shen J. Tzeng C.R. 2006
Management and outcome of primary vaginismus
J Sex Marital Ther. 2006 Oct-Dec; 32 (5): 379-387
Leiblum S.R. 2004
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
Meston C.M. Bradford A. 2007
Sexual dysfunctions in women
Ann Rev Clin Psychol. 2007; 3: 233-56
Plaut M. Graziottin A. Heaton J. 2004
Sexual dysfunction
Fast Facts Series, Health Press, Oxford, UK, 2004
Van de Wiel H.B.M Jaspers J.P.M. Weijmar Schultz W.C.M. et Al. 1990
Treatment of vaginismus: a review of concepts and treatment modalities
J. Psychosom. Obstet. Gynecol., 11, 1-18