

5

Classificazione dei disturbi sessuali femminili *Nuove prospettive*

SANDRA R. LEIBLUM
ALESSANDRA GRAZIOTTIN

I sessuologi clinici, medici e psicologi, trovano molte difficoltà a inquadrare i disturbi sessuali riferiti dalle donne nelle classificazioni già esistenti. Queste classificazioni, nonché il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, anche nella sua ultima edizione (DSM IV, 1994), e la Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi correlati, (ICD 10, 1992) sono state coniate in modo speculare e alla definizione dei disturbi maschili, senza tener conto di alcune peculiarità della sessualità femminile.

In effetti, anche la classificazione elaborata sotto l'egida della American Foundation for Urological Diseases (Basson et al., 2000), pur rappresentando un notevole passo avanti, continua a non soddisfare compiutamente. Clinici e ricercatori si sono quindi rimessi al lavoro per individuare una definizione che descriva compiutamente il disturbo che la donna porta in consultazione. Le conclusioni sono appena state pubblicate (Basson et al., 2003).

Per il sessuologo è importante conoscere questa rivoluzione nosografica, che così tante implicazioni ha per la pratica clinica. Si vedano le differenze nella definizione del desiderio. Soprattutto, si ponga attenzione alla nuova definizione dei disturbi dell'eccitazione femminile, mentale, genitale, mista, nonché alla nuovissima entità, il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente nella donna, che Sandra Leiblum per prima ha descritto. I limiti concettuali delle classificazioni precedenti, le loro implicazioni cliniche principali, e le nuove definizioni proposte sono presentati da Sandra R. Leiblum e Alessandra Graziottin, membri sia della prima che della seconda conferenza internazionale di consenso sulla classificazione dei disturbi sessuali femminili (Basson et al., 2000, 2003).

Sandra Leiblum è Professore di psichiatria e ostetricia e ginecologia, nonché Direttore del Center for Sexual and Marital Health presso la University of Medicine and Dentistry del New Jersey- Robert Wood Johnson Medical School. È un'autorità in materia di disturbi sessuali femminili ed ha pubblicato moltissimo sulla teoria e la pratica della terapia sessuale.

Alessandra Graziottin è Professore a contratto di Sessuologia Medica alla scuola di specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Firenze. È Direttore del Centro

di Ginecologia e Sessuologia Medica dell'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano. Insieme al Professor Gianfranco Scarselli, è co-direttore del Corso di Perfezionamento post-universitario in Sessuologia Medica per Ginecologi all'Università di Firenze. Si è conquistata un credito internazionale sia per l'attenzione medica nella diagnosi delle disfunzioni sessuali, sia per la passione clinica e didattica.

Un'intenso dibattito è in corso tra i sessuologi clinici, di estrazione sia medica sia psicodinamica. Essi trovano molte difficoltà a inquadrare i disturbi sessuali riferiti dalle donne nelle classificazioni precedenti che di fatto non colgono alcuni tratti essenziali dei disturbi sessuali che le donne portano in consultazione. Clinici e ricercatori si sono quindi rimessi al lavoro per individuare una definizione che descriva compiutamente ciascun disturbo, alla luce delle evidenze finora accumulate nella letteratura scientifica (Basson et al., 2003).

Ve rranò qui presentati i limiti concettuali delle classificazioni precedenti, e il significato delle nuove definizioni, che intendono costituire uno stimolo per riconsiderare la lettura fisiopatologica dei disturbi sessuali femminili, e per cogliere meglio somiglianze e differenze tra sessuologia maschile e femminile, specie nella presentazione clinica disfunzionale.

LIMITI CONCETTUALI DELLE CLASSIFICAZIONI PRECEDENTI

I limiti concettuali delle classificazioni precedenti (Leiblum, 2001; Bancroft, 2001; Basson, 2001; Meston, 2001; Basson et al., 2000, 2003) possono essere riassunti in sei punti principali, così da offrire uno spunto di riflessione strutturato, utile per la pratica clinica:

1) ***“Le disfunzioni sessuali per cause mediche, biologiche, possono essere facilmente distinte da quelle di genesi psichica”***

No, o raramente. Purtroppo questo assunto risente dell'antica e persistente dicotomia tra corpo e psiche, che ancora alimenta la frattura tra una “medicina senz'anima” e una “psicologia senza corpo”, presente anche in molta sessuologia contemporanea. In realtà, esiste una stretta reciprocità dinamica tra psiche e corpo: la psiche modifica continuamente la biologia del cervello, e la biologia della mente condiziona la qualità e varietà delle nostre espressioni psichiche. Psicoplasticità e neuroplasticità, espressione psichica e substrato biologico, sono l'una epifenomeno dell'altra. Basti considerare il massiccio coinvolgimento cerebrale durante l'eccitazione sessuale femminile (Deliganis et al., 2002; Maravilla et al., 2001, 2003): ogni sensazione di eccitazione mentale, anche nelle donne, è correlata ad una grande attivazione di centri nervosi, dei neuroni che li compongono e dei neurotrasmettitori con cui le cellule nervose comunicano tra loro. Se la psicologia delle sensazioni e delle emozioni, anche sessuali, è profondamente radicata nella biologia del cervello, anche la patologia sessuale avrà stretti rapporti dinamici con il substrato neuronale dei centri e delle aree coinvolte. Questa verità intrinseca alla psiche vale anche per il resto del corpo. Le nostre espressioni e reazioni fisiche - vascolari, nervose, muscolari, immunitarie, anche in campo sessuale - sono profondamente condizionate dallo stato psichico. E, di converso, malattie e disfunzioni fisiche possono del pari condizionare la qua-

lità della risposta sia fisica, sia psichica, anche nelle donne (Plaut et al., 2004; Graziottin 2004a, 2004b).

Purtroppo un persistente pregiudizio di genere continua a far percepire i disturbi sessuali femminili come espressione, solo o quasi, di problematiche psichiche o relazionali, staccate o quasi dalla realtà del corpo, e i disturbi maschili come aventi solo (o quasi) una genesi biologica. Una lettura clinica più coerente con la verità della vita e della fisiologia, dovrebbe riconoscere la coesistenza, nella donna, degli aspetti biologici e, negli uomini, dei fattori psichici. E dovrebbe incoraggiare a saper riconoscere le somiglianze sessuali, così come le differenze tra i due sessi, nella funzione come nella disfunzione, senza pre-giudizi e senza scissioni percettive (Graziottin, 2004a).

2) ***“Il motore primario del comportamento sessuale è la consapevolezza delle sensazioni interiori di desiderio sessuale, caratterizzate da pensieri o fantasie sessuali”***

Non necessariamente, specie nelle donne. L'esperienza clinica mostra come questo sia vero soprattutto nelle fasi iniziali di un amore, nello stato nascente. La novità, l'incertezza, la distanza, psichica e fisica, il gusto della scoperta e, a volte, il segreto, sono potenti detonatori dell'immaginario erotico, anche nelle donne. Di converso, nelle relazioni stabili, altri fattori, anche non sessuali, possono diventare preponderanti nell'accendere la sessualità femminile. Per esempio, il bisogno di intimità emotiva, di tenerezza, di apprezzamento, di sentirsi desiderabili. O ancora, i cosiddetti “fattori strumentali” quando la disponibilità sessuale della donna nasce soprattutto dal bisogno di mantenere la tranquillità nella coppia e nella famiglia, di ottenere dei vantaggi o delle risposte affermative a richieste diverse, e/o di evitare la collera o l'irritazione del partner (Cawood & Bancroft, 1996; Graziottin, 2000; Basson, 2003; Bancroft et al., 2003).

3) ***“Il desiderio sessuale precede sempre l'eccitazione sessuale, mentale e fisica”***

Non necessariamente, anzi! L'eccitazione sessuale spesso ***precede*** il desiderio. Le evidenze emergenti dalla ricerca, come sopraccennato, mostrano come motivi molto diversi dal desiderio possano indurre l'eccitazione sessuale nella donna (Basson, 2000; Lunde et al., 1991; Hill & Preston, 1996; Klusmann, 2002; Baldaro Verde & Graziottin, 2003; Graziottin, 2000, 2003).

Un diverso modello interpretativo mostra come il desiderio possa essere percepito in risposta o consensualmente ad una crescente eccitazione genitale indotta dalle ***avances*** e dai preliminari iniziati del partner (Basson, 2003) (***vedi*** anche Capitolo 2 sulle nuove acquisizioni sulla neurobiologia del desiderio). Il crescere dell'eccitazione fisica in risposta ad una gradita stimolazione sessuale può in effetti far muovere la donna dallo stato di “neutralità”, far nascere il desiderio e motivarla a continuare il gioco sessuale. Viceversa, senza il rinforzo che nasce da una crescente eccitazione fisica, il desiderio può non accendersi e questo può indurre a non continuare il rapporto. In parallelo, sul fronte disfunzionale, la comorbidity, ossia la coesistenza tra disturbi del desiderio e dell'eccitazione, è la regola nelle donne, piuttosto che l'eccezione (Basson 2000, 2003; Baldaro Verde & Graziottin, 2003; Graziottin, 2000, 2003, 2004a).

4) ***“Nelle donne l'eccitazione sessuale è percepita soprattutto come lubrificazione vaginale, come congestione genitale e/o come consapevolezza della pulsazione fisica vasale, specie a livello clitorideo”***

Non necessariamente, anzi! Nelle donne (ma anche negli uomini...) l'eccitazione sessuale include varie componenti: a) l'eccitazione mentale, che coinvolge massicciamente mol-

teplici aree cerebrali (Deliganis et al., 2002; Maravilla et al., 2003); b) l'eccitazione fisica periferica non genitale (il sentirsi calde per la vasodilatazione cutanea, l'aumento della salivazione, l'erezione del capezzolo...) (Levin, 1992); c) l'eccitazione genitale (Levin, 1992; Laan et al., 1995; Everaerd et al., 2000; Baldaro Verde & Graziottin, 2003). Quest'ultima, per ragioni di visibilità anatomica e di conseguente percezione psichica, è tuttavia variamente riconosciuta nelle donne: ecco una delle grandi differenze tra i due sessi. Per esempio, in molte donne perfettamente sane la consapevolezza del livello di eccitazione genitale non è proporzionata all'aumentata congestione vaginale misurata mediante fotopletismografia vaginale, una tecnica che consente di quantizzare l'aumento di flusso (Laan et al., 1995). Viceversa, il focus del DSM IV e dell'ICD 10 è la consapevolezza dell'eccitazione genitale. Che una aumentata consapevolezza dell'eccitazione fisica possa derivare dall'accarezzare i propri genitali congesti e sia un apprezzamento indiretto e piacevole dell'eccitazione fisica stessa non è nemmeno menzionato in alcun sistema diagnostico (Basson et al., 2003).

L'eccitazione fisica genitale, nelle donne, è spesso una risposta riflessa, indipendentemente dal fatto che lo stimolo sia desiderato o apprezzato (Everaerd et al., 2000). L'eccitazione soggettiva, mentale, varia più come funzione dell'apprezzamento del piacere e delle emozioni che nascono da quegli stimoli e da quel particolare contesto di intimità e corteggiamento, che non necessariamente dalla intensità delle modificazioni fisiche che la donna ha in parallelo a livello genitale. La scarsa correlazione tra eccitazione mentale, soggettiva, e risposta fisica misurata obiettivamente è stata dimostrata: a) in molte donne sane (anche se altre hanno una correlazione perfetta!) (Laan et al., 1995; Meston & Heiman, 1998; Meston & Gorzalka, 1996; Brotto e Gorzalka, 2002); b) in donne che lamentano una mancanza di eccitazione fisica genitale che a volte è stata obiettivata in condizioni sperimentali, senza che la donna ne abbia consapevolezza (Morokoff & Heimann, 1980; Basson et al., 2003); c) in donne con dispareunia (Wouda et al., 1998). La risonanza magnetica per immagini ulteriormente suggerisce come l'eccitazione soggettiva non implichi necessariamente una correlazione stretta con l'eccitazione genitale. Essa coinvolge infatti aree diverse, che corrispondono alle funzioni cognitive e motivazionali, oltre che alle aree che coordinano la risposta fisica neurovegetativa e la percezione ad essa legata (Karama et al., 2002; Maravilla et al., 2003).

5) ***“La risposta sessuale delle donne è essenzialmente stabile, costante nel tempo e in circostanze diverse”***

Raramente o mai! La sessualità delle donne è fisiologicamente discontinua: basti pensare alla variabilità indotta dalle fluttuazioni del ciclo, dalla gravidanza, da parti o aborti, dal puerperio, e dalla menopausa, per ragioni sia biologiche, sia psichiche e relazionali (Basson et al., 2003; Graziottin, 2000, 2004; Plaut et al., 2004). Disfunzioni o malattie diverse possono ugualmente modificarla profondamente. Può essere assolutamente sano che in certe situazioni la donna eviti francamente l'intimità e l'attività sessuale, o che sia del tutto disinteressata al sesso (Bancroft et al., 2003). Per esempio, quando si trovi coinvolta in un rapporto con un partner che la abusa emotivamente o fisicamente. È quindi indispensabile che la diagnosi di disfunzione consideri attentamente sia la fase del ciclo vitale personale, sia il contesto, di coppia, affettivo ed esistenziale, in cui la donna si trova al momento della consultazione.

6) ***“Tutte le donne sono stressate quando hanno un disturbo o una limitazione nella loro risposta sessuale”***

Non necessariamente. Ricerche recentissime, condotte in Usa (Leiblum & Koochaki,

2003), come in Europa (Graziottin & Koochaki, 2003a, 2003b, 2003c) mostrano come il disagio, la frustrazione, il vissuto negativo per la perdita del desiderio non siamo “automatici”, o presenti in tutte le donne. Lo stress (“distress”) è massimo nelle donne giovani, specie al disotto dei 45 anni, soprattutto quando la caduta del desiderio è associata alla menopausa precoce, spontanea o iatrogena (ossia indotta da trattamenti medici quali la ovariectomia bilaterale, la chemioterapia o la radioterapia pelvica). Lo stress associato alla caduta del desiderio tende a ridursi con il crescere dell’età. Tuttavia, anche in Europa esistono interessanti differenze nazionali: per esempio, una donna francese su due è molto turbata dalla caduta del desiderio anche in età avanzata (Graziottin e Koochaki, 2003a, 2003b). La donna italiana, che ha una buona sessualità nelle fasce giovani, dopo i 60 anni mostra un crollo di interesse sessuale, senza percepirlo più come problema nella maggioranza dei casi. E solo una donna tedesca su cinque vive la caduta del desiderio come causa di stress, specie dopo i 60 anni. Questi dati, molto interessanti perché ottenuti utilizzando contemporaneamente in Stati diversi gli stessi strumenti di ricerca validati, fanno capire come accanto alla biologia, il valore che una donna dà alla sessualità e al desiderio, valore legato anche alla cultura di appartenenza, possa grandemente modulare la percezione che essa ha di uno stesso disturbo sessuale.

IMPLICAZIONI DELLA NUOVA CLASSIFICAZIONE

Alla luce di queste considerazioni, la seconda Conferenza Internazionale di Consenso sui Disturbi Sessuali Femminili (Basson et al., 2003) ha proposto le definizioni riassunte nella Tabella 5.1.

Nella definizione dei **disturbi del desiderio**, si è voluto sottolineare, accanto al termine “desiderio”, consolidato nel linguaggio comune e clinico, l’espressione “**interesse sessuale**”. Questa precisazione tiene conto sia della minore frequenza nella donna, specie nelle relazioni stabili, del desiderio inteso come voglia attiva accompagnata da fantasie, da immaginario erotico, da sogni erotici, e da iniziativa personale, sia del fatto che spesso la motivazione ad accettare e rispondere alle **avances** del/la partner è diversa dal desiderio strettamente erotico. La mancanza di desiderio anche di tipo “responsivo”, che cresce cioè in risposta all’iniziativa del/la partner, è quindi considerata un aspetto essenziale della diagnosi di disturbo del desiderio.

La definizione del **disturbo da avversione sessuale** sottolinea lo stato di estrema ansia o addirittura di panico che la sola idea o qualsiasi tentativo di intimità sessuale può evocare in talune donne. Lo stato di iperattivazione del sistema neurovegetativo è sovrapponibile, dal punto di vista fisiopatologico e clinico, alle reazioni fobiche (Gabbard, 1994; Solms & Turnbull, 2002). Tuttavia, il fatto che in questi casi l’attacco fobico sia specificamente evocato da un contesto sessuale – simbolico o reale – e condizioni profondamente e negativamente la possibilità di vivere una normale intimità erotica, giustificano la sua inclusione come disfunzione sessuale meritevole di specifica attenzione clinica.

I **disturbi dell’eccitazione sessuale femminile** stanno ricevendo crescente attenzione clinica. Le relative definizioni sono state oggetto di intensissime discussioni tra i membri della conferenza di consenso. La classificazione proposta vuole sottolineare la necessità di un’attenzione specifica sia a come la donna esprime il suo disturbo, con speciale attenzione alle parole precise che usa, oltre che al suo vissuto, sia alla frequente separazione che la donna fa tra disturbi dell’eccitazione soggettiva, o mentale, e disturbo dell’eccitazione

Tab. 5.1 - Nuova classificazione dei disturbi sessuali femminili.

Disturbi del desiderio***Disturbi del desiderio e dell'interesse sessuale nelle donne***

La donna non ha sensazioni di interesse o desiderio sessuale, o le riferisce molto diminuite; non ha pensieri o fantasie sessuali e manca anche del desiderio "responsivo" (in risposta cioè ad avances del /la partner). Non ha o ha poche motivazioni (ragioni o incentivi) a tentare di eccitarsi sessualmente. La mancanza di interesse sessuale è considerata eccessiva rispetto alle riduzioni considerate fisiologiche per la fase del ciclo vitale (che la donna sta vivendo al momento della consultazione) e in rapporto alla durata della relazione.

Disturbo da avversione sessuale

Ansia estrema e/o disgusto al solo pensiero, e/o al tentativo di avere qualsiasi forma di attività sessuale

Disturbi dell'eccitazione***Disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale***

Le sensazioni mentali di eccitazione sessuale (eccitazione e piacere sessuale) derivanti da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale sono marcatamente diminuite o assenti. Possono comunque essere presenti la lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione.

Disturbo genitale dell'eccitazione sessuale

Mancata o ridotta eccitazione sessuale genitale. La donna può riferire una minima risposta di congestione vulvare e/o di lubrificazione vaginale a qualsiasi tipo di stimolazione sessuale e ridotte sensazioni sessuali nelle carezze genitali. L'eccitazione sessuale soggettiva, mentale, può tuttavia essere presente grazie a stimoli sessuali non genitali.

Disturbo misto, soggettivo e genitale, dell'eccitazione sessuale

Assenza o marcata riduzione di sensazioni di eccitazione sessuale (eccitazione sessuale e piacere sessuale), associata ad assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare, lubrificazione vaginale) in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale.

Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente

Eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione) spontanea, intrusiva e non desiderata 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 può persistere per ore o giorni e più.

Disturbo dell'orgasmo nella donna

Mancanza di orgasmo, marcatamente ridotta intensità delle sensazioni orgasmiche o marcato ritardo dell'orgasmo in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale, nonostante un alto livello di eccitazione sessuale soggettiva.

Disturbi sessuali caratterizzati da dolore***Dispareunia***

Persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale.

Vaginismo

Persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espreso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate.

Per ogni disturbo, è necessario specificare:

- a) se sia presente fin dall'inizio della vita sessuale (lifelong) o acquisito (acquired)**
- b) se sia generalizzato o situazionale**
- c) quale sia il livello di stress emotivo associato al disturbo: assente, lieve, medio, grave**
- d) quale sia la causa: biologica, psicogena, mista**

Modificata da Basson et al., 2003.

fisica genitale (Basson et al., 2003; Plaut et al., 2004). Quest'ultima, anche per ragioni biologiche, è meno direttamente percepibile rispetto alla visibilissima eccitazione maschile. Fattori educativi e inibizioni possono ulteriormente concorrere a questa "scissione percettiva" con ipervalorizzazione dello stato soggettivo, emotivo, mentale, di coinvolgimento e scotomizzazione, più o meno marcata, del correlato fisico (Baldaro Verde, Graziottin, 2003). È altrettanto vero che più la donna ha un buon vissuto della sua sessualità, del suo corpo, del suo erotismo (dell'autoerotismo), e non ha inibizioni, più è elevata la sua capacità di sentire in parallelo e correttamente sia il coinvolgimento psichico sia l'intensità della risposta fisica.

La definizione del *disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale* vuole quindi sottolineare come esista una grande differenza nella consapevolezza dell'eccitazione sessuale genitale, sia in donne che riportano una soddisfacente vita sessuale, sia in coloro che lamentano disfunzioni sessuali.

Il *disturbo genitale dell'eccitazione sessuale* vuole invece sottolineare la condizione opposta. La donna riferisce di sentirsi mentalmente eccitata, per esempio se guarda un film erotico, se legge una storia di passione, o se è baciata da un partner desiderato, ma che "lì giù" non risponde. Spesso questa condizione riconosce precise *cause biologiche* che devono essere accuratamente diagnosticate o escluse in un'appropriata diagnosi differenziale (Box 1). In molti casi il correlato clinico, all'esame obiettivo genitale, è coerente con il disturbo lamentato (Graziottin 1998, 2000, 2004b). Il ginecologo può allora evidenziare, a seconda dei casi, distrofia vulvare, atrofia vaginale, secchezza vaginale, pH, ossia grado di acidità vaginale, più elevato del normale (fino a 7 invece del fisiologico 4). In altri casi il correlato clinico può mancare. Sono allora più probabili una mancata percezione e consapevolezza di un'eccitazione fisica normalmente presente, su basi psicosessuali (Everaerd et al., 2000).

Il *disturbo misto soggettivo e genitale dell'eccitazione sessuale* presenta entrambi i sintomi sopramenzionati. È il disturbo di eccitazione più frequentemente riportato in consultazione. È importante sottolineare come questo disturbo sia caratterizzato dalla mancata risposta a *qualsiasi tipo* di stimolazione sessuale (Basson et al., 2003).

Il *disturbo dell'eccitazione sessuale persistente* è invece un disturbo descritto solo recentemente (Leiblum & Nathan, 2002). Dopo la sua pubblicazione, il crescere dei casi segnalati dimostra come non si tratti affatto di un quadro così raro come prima ritenuto. La definizione qui presentata è preliminare e mirata ad incoraggiare i clinici all'adeguato riconoscimento di questo disturbo che ha ancora un'eziologia sconosciuta. Molteplici fattori, biologici e psicosessuali, sembrano concorrere alla sua genesi nei casi clinici finora esaminati.

Il *disturbo dell'orgasmo* merita una importante precisazione clinica: il suo esistere *nonostante un'alta o adeguata eccitazione sessuale*; una precisazione cardinale del tutto assente nel DSM IV. Esiste infatti un sostanziale consenso, tra gli esperti, sul fatto che la gran parte dei disturbi dell'orgasmo sia in realtà dovuta ad un'eccitazione sessuale inadeguata. Il disturbo dell'orgasmo merita invece una sua collocazione diagnostica solo quando è presente, nonostante vi sia un'adeguata eccitazione fisica e psichica. È chiaro che questo aspetto deve essere attivamente indagato ai fini della diagnosi!

I *disturbi sessuali caratterizzati da dolore*, comprendono tutte le situazioni di dolore alla penetrazione.

Nella *dispareunia*, l'eziologia ha una forte componente organica, variamente intrecciata a fattori psicodinamici e relazionali che devono essere diagnosticati con equilibrio di sguardo clinico e accurata semeiologia della mappa del dolore (Graziottin, 2003; Plaut et al., 2003, Graziottin & Brotto, 2004).

BOX 1 - Principali cause biologiche di disturbi dell'eccitazione sessuale genitale nella donna

- Donne in post-menopausa, che **non fanno** terapia ormonale sostitutiva, e che lamentano secchezza vaginale (Graziottin 1998, 2000, 2004b,c). Dopo i disturbi del desiderio, questo è il sintomo e il correlato clinico della inadeguata risposta fisica sessuale a livello genitale che più frequentemente la donna porta in consultazione, insieme al dolore alla penetrazione (Simunic et al., 2003). È raro che la donna parli di “inadeguata eccitazione sessuale genitale”. Questa è la **nostra** diagnosi. Ma quando parla di “secchezza o di scarsa lubrificazione” descrive esattamente questo problema. La causa è l'assenza o la carenza di estrogeni, che sono i fattori permissivi che consentono al Peptide Intestinale Vasoattivo (VIP) di agire (Levin, 1992, 2002). Il VIP è il neurotrasmettitore più importante nel “tradurre” il desiderio e l'eccitazione mentale in lubrificazione vaginale.
- Donne in post-menopausa, che **fanno** terapia ormonale sostitutiva sistemica (per via orale o transdermica). Un terzo circa di queste signora lamenta tuttavia secchezza vaginale. Una terapia estrogenica locale è necessaria e sufficiente a migliorare significativamente il disturbo, se non esistono altri fattori di disfunzione sessuale (Rioux et al., 2000; Simunic et al., 2003; Graziottin 2004b).
- Donne in postmenopausa, che presentano un'involuzione dei genitali esterni (fino al lichen sclerosus) (Hagedorn et al., 2002). Ad esso corrisponde un'involuzione dei corpi carvernosi, istologicamente dimostrata (Tarcan et al., 1999). Questo è il correlato anatomico e fisiopatologico del sintomo “il mio clitoride è morto” riferito dal 20% delle donne in postmenopausa (Sarrel e Whitehead, 1985).
- Donne giovani, in amenorrea, ossia con blocco mestruale (da disturbi del comportamento alimentare, da dieta eccessiva o squilibrata, da stress...). La carenza di estrogeni ha un'azione inibitoria sulla risposta fisica genitale, per la mancata azione facilitante sul Peptide Intestinale Vasoattivo.
- Donne giovani, che assumono pillole contraccettive “ultralight”, a 15 gamma di etinilstradiolo. Il 18% per cento di queste ragazze, se ascoltate, riporta una minore risposta fisica di lubrificazione (Graziottin, dati non pubblicati).
- Donne con danno neurologico del sistema nervoso autonomo (Sipski et al., 2000).
- Donne sottoposte a radioterapia pelvica o vaginale per il trattamento di tumori del collo dell'utero, anali o vescicali. La radioterapia induce un danno vascolare massiccio, che può essere limitato se viene effettuato un trattamento almeno topico, vaginale, con estrogeni, se non controindicato dal punto di vista oncologico. Tale trattamento dovrebbe essere iniziato in parallelo alla radioterapia, per ottimizzare l'effetto protettivo, integrato con terapia sessuologica riabilitativa.

Nel *vaginismo*, il quadro clinico è dominato da un variabile grado di risposta neurovegetativa avversiva e dalla contrazione involontaria riflessa dei muscoli addominali, dei muscoli adduttori delle cosce e lombari, che impedisce non solo la penetrazione ma, a volte, anche il semplice delicato contatto con i genitali esterni.

Per ogni disturbo è indispensabile che vengano definite:

- le sue caratteristiche temporali, ossia la sua presenza fin dall'inizio della vita sessuale (primario, come si diceva una volta) o acquisito dopo un periodo di normale funzione sessuale (secondario o acquisito);
- le sue caratteristiche in relazione al contesto: se generalizzato, ossia presente in ogni situazione e con partner diversi, o situazionale, e quindi limitato ad un partner o situazioni particolari;
- il grado di stress ("distress") che il disturbo comporta (Derogatis et al., 2002);
- l'eziologia, ossia le cause: biologiche, psicologiche, miste... o sconosciute. Nella diagnosi dei disturbi sessuali femminili dovrebbero essere attivamente indagati (Basson et al., 2003):
 1. fattori educativi negativi, pregressi traumi (fisici, emotivi o sessuali), relazioni significative passate, restrizioni culturali o religiose (Katz et al., 1992; Hartmann et al., 2002; Oberg et al., 2002; Mackay, 2001);
 2. difficoltà interpersonali attuali, disfunzioni sessuali del partner, inadeguata stimolazione, e/o insoddisfatto contesto emozionale e sessuale (Van Lankveld et al., 2000; Dennerstein et al., 2000; Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002; Hill, 2002; Baldaro Verde & Graziottin, 2003);
 3. malattie, incluse le psichiatriche, effetti collaterali di farmaci, abuso di sostanze (Weijmar Schultz et al., 1992; Sipski et al., 2000; Graziottin & Maraschiello, 2002; Segraves & Balon, 2003).

Va infine ribadito come un'accurata storia clinica debba anche riconoscere la *co-morbidità* ossia la copresenza di disturbi diversi. La co-morbidità va indagata in *ambito sessuale*, per esempio nei disturbi del desiderio e dell'eccitazione, oppure dell'eccitazione genitale e della dispareunia (Derogatis et al., 1989; Cyranowski et al., 1998; Segraves & Segraves, 1991; Rosen et al., 1993; Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002; Hill, 2002; Meston 2003). Ma anche, e altrettanto importante, in *ambito medico*, per esempio con altre condizioni urologiche (quali le cistiti recidivanti, la vescica iperattiva o l'incontinenza da urgenza, da sforzo o mista) (Barber et al., 2002, Graziottin, 2004b); ginecologiche (quali alterazioni ormonali, vaginiti recidivanti, prolapsi, endometriosi, menopausa naturale o iatrogena) (Cawood et al., 1996; Lobo, 1999; Bachmann et al., 2002; Graziottin, 2003, 2004b; Graziottin & Koochaki, 2003; Simunic et al., 2003); fisiatriche (relative alla mialgia del muscolo elevatore, a ipotono o ipertono del medesimo (Kegel, 1952; De Lancey et al., 1993; Travell & Simon, 1992; Glazener, 1997); neurologiche (quali la sclerosi multipla o la nevralgia del nervo pudendo) (Robert et al., 1998), proctologiche (Wessermann et al., 1997); dismetaboliche, specie nel diabete, e cardiovascolari (Goldstein e Bermann, 1998).

CONCLUSIONI

Le attuali definizioni, ancora perfettibili, sottolineano l'importanza di un accurato ascolto dei sintomi che la donna – o la coppia – porta in consultazione. Indicano la necessità di un

inquadramento diagnostico che tenga conto del rapidissimo crescere della ricerca di base e clinica sulla sessualità femminile. Mostrano l'essenziale complementarità dell'approccio medico e psicosessuale e la necessità di sviluppare uno scenario di riferimento comune, sia culturale sia fisiopatologico. L'obiettivo di questo testo è di fornire ai sessuologi clinici, di formazione medica o psicodinamica, uno strumento per dialogare meglio insieme e con la donna, nell'interesse di una maggiore accuratezza diagnostica e una maggiore efficacia terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association; DSM IV (1994): *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Anderson SW, Bechara A, Damasio, H et al. (1999) *Impairment of social and moral behaviour related to early damage in human prefrontal cortex*. Nature Neuroscience 2: 1032-1037, 1999.
- Bachmann G, Bancroft, J, Braunstein, G. et al. (2002) *FAI: the Princeton consensus statement on definition, classification and assessment*. Fert Ster 77: 660-665.
- Bancroft J. (2001) *Commentary: Conceptualizing women's sexual problems*. J Sex Marital Ther; 27(2): 95-103.
- Bancroft J, Loftus J, Long JS. (2003) *Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships*. Arch Sex Behav; 32(3): 193-204.
- Barber MD, Visco AG, Wyman JF, et al. (2002) *Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse*. Obstet Gynecol 99: 281-289.
- Basson R. (2000) *The female sexual response: A different Model*. J Sex Marital Ther 2000; 26: 51-65.
- Basson R. (2001) *Commentary: Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction?* J Sex Marital Ther 27(2): 105-112.
- Basson. R. (2003) *Women's desire deficiencies and avoidance*. In: SB Levine, CB Risen & SE Althof (eds) *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner Routledge, pp. 111-130.
- Basson, R., Bertian, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., et al. (2000) *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications*. J. Urol, March; 163, 888-93.
- 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 24 (4): 221-229, 2003.
- Basson R, McInnes R, Smith MD, et al. (2002). *Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal*. Gend Based Med. 11(4): 367-377.
- Brotto L, Gorzalka B. (2002). *Genital and subjective sexual arousal in postmenopausal women: Influence of laboratory induced hyperventilation*. J Sex Mar Ther 28S: 39-53.
- Cawood HH, Bancroft J. (1996) *Steroid hormones, menopause, sexually and well being of women*. Psychophysiol Med; 26: 925-936.
- Cyranowski JM, Andersen BL (1998). *Schemas, sexuality, romantic attachment*. J Personality Soc Psychol. 74(5): 1364-1379.
- De Lancey JO, Sampsel CM, Punch MR, Kegel A. (1993) *Dyspareunia: levator ani myalgia caused by overexertion*. Obstet Gynecol 82: 658-659.
- Deliganis A, Maravilla KR, Heiman JR, Carter WO, Garland PA, Peterson BT, Hackbert L, Cao Y, Weisskoff RM. (2002). *Female genitalia: dynamic MR imaging with use of MS-325-initial experience evaluating female sexual response*. Radiology; 225(3): 791-99.
- Dennerstein L, Lehert P, Burger H, et al. (1999) *Factors affecting sexual functioning of women in the midlife years*. Climacteric 2: 254-262.

- Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, et al. (2002) *The female sexual distress scale: Initial validation of the standardized scale for assessment of sexually related personal distress*. J Sex Marital Therapy 28(4): 317-330.
- Derogatis LR, Schmidt CW, Fagan PJ, et al. (1989) *Subtypes of anorgasmia via mathematical taxonomy*. Psychosomatics 30(2): 166-173.
- Everaerd W, Laan E, Both S, et al. (2000) *Female sexuality*. In Szuchman LT, Muscarella F, eds. *Psychological perspectives of human sexuality*, New York: John Wiley & Sons Inc.
- Fugl-Meyer AR, Sjögren Fugl-Meyer K. (1999) *Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74-year-old Swedes*. Scand J Sexology 2(2): 79-105.
- Gabbard G.O. (1990) *Parafilie e disfunzioni sessuali*. In: "Psichiatria psicodinamica", Milano, Raffaello Cortina cap. 10, 215-240, 1992.
- Galyer KT, Conaglen HM, Hare A, et al. (1999) *The effect of gynecological surgery on sexual desire*. J Sex Marital Ther; 25: 81-88.
- Garland PA, Cao Y, Carter WO, Peterson BT, Weisskoff RM. (2003a). *Dynamic MR imaging of the sexual arousal response in women*. J Sex Marital Ther; 29(s): 71-6.
- Glazener CMA. (1997). *Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition*. Br J Obstet Gynaecol; 104: 330-5.
- Goldstein I, Berman J. (1998). *Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndrome*. Int J Impot Res; 10: S84-S90.
- Graziottin A. (1998). *The biological basis of female sexuality*. Int Clin Psychopharmacol; 13 (Suppl 6): S15-S22.
- Graziottin A. (1999) *Estrogeni, funzioni psichiche e organi di senso*, Milano: Società Italiana del Pavimento Pelvico Ed.
- Graziottin A. (2000). *Libido: the biological scenario*. Maturitas; 4 (Suppl. 1): S9-S16.
- Graziottin A. (2001a). *Clinical approach to dyspareunia*. J Sex Marital Ther; 27: 489-501.
- Graziottin A. (2001b). *Sexual function in women with gynecologic cancer: a review*. It J Gynec Obstet. 2: 61-8.
- Graziottin A. (2003a). *Etiology and diagnosis of coital pain*. J Endocr Invest; 26 (Suppl. 3): 115-21.
- Graziottin A. (2003b). *The challenge of sexual medicine for women: overcoming cultural and educational limits and gender biases*. J Endocr Invest; 26 (Suppl. 3): 139-42.
- Graziottin A. (2004a). *Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions*. In: Kandeel F, Lue T, Swerdloff R, Pryor J. (eds) *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment*, New York: Marcel Dekker (in press).
- Graziottin A. (2004b) *Sexuality in postmenopause and senium*. In: Lauritzen C. & Studd J. (eds) *Current management of the menopause*, London, Martin Duniz, pag. 185-203.
- Graziottin A. (2004c). *Sessuologia medica femminile*. In: Di Rienzo GC (ed) *Manuale di Ginecologia per Specializzandi* Roma: Verduci ed (in press).
- Graziottin A, Brotto L, (2004). *Vulvar vestibulitis syndrome: clinical approach*. J. Sex. Marital Ther. (in press).
- Graziottin A, Castoldi E.(1999). *Dyspareunia: what should we look for?* In: Graziottin A ed. *Menopause and Sexuality*. Menopause Review; IV: 33-42.
- Graziottin A Koochaki. P (2003) *Self-reported distress associated with hypoactive sexual desire in women from four european countries. Poster presented at the North American Menopause Society (NAMS) meeting, Miami, Menopause Abstract book*, poster n. 126, pag. 105.
- Graziottin A. Koochaki P. (2003) *Distress associated with low sexual desire in women in four EU countries* Maturitas, 44/Suppl. 2, S116.
- Graziottin, A. Maraschiello T. (2002) *Farmaci e sessualità*. Milano: Airon.
- Hagedorn M, Buxmeyer B, Schmitt Y, Buknecht T. (2002). *Survey of lichen sclerosus in women and men*. Arch Gynecol Obstet; 266: 86-91.
- Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, et al. (2002) *Female sexual desire disorders: Subtypes, classification, personality factors, a new direction for treatment*. World J Urol 20: 79-88.
- Hill, CA. (2002) *Gender, relationship stage, and sexual behaviour: The importance of partner emotional investment within specific situations*. J Sex Res 39(3): 228-240.

- Hill CA, Preston LK. (1996) *Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives*. J Sex Res 33(1): 27-45.
- Kandel ER, Schwarz JH, Jessel TM. (2000). *Principles of Neural Science*, Norwalk CT: Appleton & Lange.
- Karama S, Lecours AR, Leroux JM, et al. (2002) *Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts*. Human Brain Mapp 16: 1-13.
- Katz RC, Gipson M, Turner S. (1992) *Brief report: Recent findings on the sexual aversion scale*. J Sex Marital Ther 1992; 18(2): 141-146.
- Kegel A. (1952) *Sexual function of the pubococcygeus muscle* West J Surg 60: 521-524.
- Klusmann D. (2002) *Sexual motivation and the duration of partnership*. Arch Sex Behav 31(3): 275-287.
- Laan E, Everaerd W, van der Velde J, et al. (1995) *Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: Feedback from genital arousal and erotic stimulus content*. Psychophysiology 1995; 32: 444-451.
- Leiblum S.(2001) *Commentary: Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction*. J Sex Marital Ther, 27(2): 159-166.
- 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.
- Liu C (2003) *Does quality of marital sex decline with duration?* Arch Sex Behav 32 (1): 55-60.
- Levin RJ. (1992). *The mechanism of human female sexual arousal*. Ann Rev Sex Res; 3: 1-48.
- Levin RJ (2002) *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis* Archives of Sexual Behaviour, 31(5): 405-411.
- Levine SB (2003). *The nature of sexual desire: a clinician perspective*. Arch Sex Behav 32; 3: 279-285.
- Lobo R. (1999). *Treatment of postmenopausal women*. Boston: Lippincott.
- Lunde I, Larson GK, Fog E, et al. (1991) *Sexual desire, orgasm, and sexual fantasies: A study of 625 Danish women born in 1910, 1936 and 1958*. J Sex Educ Ther 1991; 17: 111-115.
- Mackay J. (2001) *Global sex: Sexuality and sexual practices around the world*. Sex and Relationship Ther 16(1):71-82.
- Maravilla KR, Heiman JR, Mah, K YM Binik YM. (2001) *The nature of human orgasm: a critical review of major trends*. Clin. Psychol Rev 21: 823-856.
- Maravilla KR, Heiman JR, Garland PA, Cao Y, Carter WO, Peterson BT, Weisskoff RM. (2003 b). *Serial MR imaging with MS-325 for evaluating female sexual arousal response: determination of intrasubject reproducibility*. J Magn Reson Imaging; 18: 216-24.
- Meston CM. (2001) *Commentary: Receptivity and personal distress: considerations for redefining female sexual dysfunction*. J Sex Marital Ther 27(2): 179-182.
- Meston CM. (2002) *Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder*. J Sex Marital Ther 29(1): 39-46.
- Meston CM, Heiman JR. (1998) *Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women*. Arch Gen Psychiatry 55: 652-656.
- Meston CM, Gorzalka BB. (1996) *The effects of immediate, delayed and residual sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women*. Behav Res Ther; 34: 143-148.
- Morokoff PJ, Heiman JR. (1980) *Effects of erotic stimuli on sexually functional and dysfunctional women: Multiple measures before and after sex therapy*. Behav Res Ther 18: 127-137.
- Öberg K, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR.(2002) *On sexual well being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects*. Sex Relationship Ther 17(4): 229-341.
- Panksepp J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Plaut M, Graziottin A, Heaton J. (2004). *Sexual dysfunctions*, Abingdon, Oxford: Health Press.
- Regan P, Berscheid E. (1996) *Belief about the states, goals and objects of sexual desire*. J Sex Marital Ther 22: 110-120.
- Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, et al. (2004) *Vaginal spasm, pain and behaviour: An empirical*

- investigation of the diagnosis of vaginismus.* Arch Sex Behav (in press).
- Rioux, J.E., Devlin, M.C., Gelfand, M.M. et Al. (2000) **17 beta estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis**, Menopause 7(3), 156-61.
- Robert R, Prat Pradal D, Labat JJ et al. (1998). **Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve.** Surg Radiol Anatomy; 20(2): 93-8.
- Rosen RT, Lane R, Menza M. (1999). **Effects of SSRIs on sexual function: a critical review.** J Clin Psychopharmacology; 19(1): 67-85.
- Rosen RT, Taylor JF, Leiblum SR. **Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic.** J Sex Marital Ther 1993; 19: 171-188.
- Sarrel PM, Whitehead MI.(1985). **Sex and menopause: defining the issue.** Maturitas; 7: 217-24.
- Segraves KB, Segraves RT. (1991) **Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects.** J Sex Marital Ther; 17(1): 55-58.
- Simunic V, Banovic I, Ciglar S, Jeren L, Pavicic Baldani D, Sprem M. (2003) **Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms** Int. J Gynecol. Obstet. 82: 187-197.
- Sipski M, Rosen R, Alexander CJ, et al. (2000) **Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury.** Urology 55: 812-815.
- Sjögren Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. (2002) **Sexual disabilities are not singularities.** Int J Impot Res 14: 487-493.
- Solms M, Turnbull O. (2002). **The brain and the inner world.** London: Karnac Books.
- Sprecher S.(2002) **Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability.** J Sex Res 39(3): 190-196.
- Tarcan T, Park K, Goldstein I, Maio I, Fassina A, Krane RJ.(1999). **Histomorphometric analysis of age related structural changes in human clitoral cavernosal tissue.** J Urol; 161: 940-4.
- Travell JG, Simons DG.(1992). **Myofascial pain and dysfunction.** The Trigger Points Manual - The lower extremities, Baltimore: Williams and Wilkins.
- van Lankveld JJDM, Grotjohann Y. (2000) **Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview.** Arch Sex Behav 2000; 29: 479-498.
- Weijmar Schultz WCM, van de Wiel HBM, Hahn DEE.(1992) **Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer and integrated model, review of determinant factors and clinical guidelines.** Int J Gynecol Cancer 2: 281-290.
- Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ. (1997). **The urogenital and rectal pain syndromes (Review).** Pain; 73(3): 269-94.
- Wouda JC, Hartman PH, Bakker R, et al. (1998) **Vaginal plethysmography in women with dyspareunia.** J Sex Res 35: 141-147.
- World Health Organization: ICD 10: **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.**, (1992) Geneva: World Health Organisation.