

Alessandra Graziottin

SOMMARIO

- CARATTERISTICHE GENERALI DELLA SESSUALITÀ UMANA
- IDENTITÀ SESSUALE
- PATOLOGIA DELL'IDENTITÀ SESSUALE
- FUNZIONE SESSUALE
- PATOLOGIA DELLA FUNZIONE SESSUALE
- RELAZIONE DI COPPIA
- ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

Sintesi essenziale

Riferimenti bibliografici

Test di autovalutazione

La sessualità umana comprende: *identità sessuale*, *funzione sessuale* e *relazione di coppia*. È determinata da condizioni biologiche e modulata da fattori psicoemotivi, relazionali e socioculturali, ed è parte integrante della salute e della qualità della vita.

Sono oggetto di studio della Sessuologia i fattori biologici, innati ed acquisiti, psicologici e relazionali che possono interferire con una fisiologica maturazione della sessualità e della capacità di vivere il piacere erotico, nei suoi vari aspetti. Il ginecologo è il medico che ha le maggiori conoscenze biologiche, psicologiche e relazionali sulla paziente, soprattutto nelle relazioni fiduciarie di lunga durata. Può diagnosticare e curare le cause o concuse biologiche di disfunzione sessuale, e inviare correttamente ai colleghi di altra specialità, o psicoterapeuti, casi in cui emergano importanti comorbilità o fattori che meritino un approfondimento psicodinamico o psichiatrico.

La consulenza sessuologica richiede tatto, sensibilità e rispetto. La riservatezza e la tutela della privacy della paziente sono essenziali, anche in ambito sessuale; è sempre opportuno informare la paziente di ogni limite posto alla riservatezza e alla privacy, per esempio in caso di adolescenti. La appropriata distanza medico-paziente va sempre rispettata, evitando ogni inutile o pericolosa “sessualizzazione” del contesto clinico, commentando l’attrattività della paziente, rivelando informazioni personali intime o usando l’umorismo in un modo che possa essere percepito come imbarazzante o offensivo. È essenziale rispettare il pudore della paziente.

CARATTERISTICHE GENERALI DELLA SESSUALITÀ UMANA

Le principali caratteristiche della sessualità umana sono riassunte nella **TABELLA 47.1**. La sessualità umana è: *multifattoriale*, in quanto ad essa concorrono fattori *biologici*, *psicoemotivi* e *contesto-correlati*, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale e sociale, e *multisistemica*, in quanto dal punto di vista biologico la funzione sessuale dipende dall’integrità e dall’armonioso coordinamento dei sistemi nervoso, vascolare, ormonale, muscolare, metabolico e perfino immunitario.

TABELLA 47.1 ►►►COMPONENTI DELLA SESSUALITÀ UMANA

Fisiologia	Patologia
Identità sessuale <ul style="list-style-type: none"> • di genere • di ruolo • di metà 	Disturbi dell'identità o disforie di genere
Funzione sessuale: <ul style="list-style-type: none"> • desiderio ed eccitazione mentale • eccitazione genitale/lubrificazione • orgasmo • soddisfazione 	Disturbi: <ul style="list-style-type: none"> • del desiderio sessuale • dell'eccitazione mentale e genitale • dell'orgasmo sessuali caratterizzati da dolore
Relazione di coppia: <ul style="list-style-type: none"> • eterosessuale • omosessuale 	Patologie della relazione

Modificata da Graziottin, 2010

Le *disfunzioni sessuali femminili* (FSD, Female Sexual Disorders) possono esprimersi in un continuum dalla *insoddisfazione* (con potenziale integrità della risposta fisiologica ma frustrazione emotivo-affettiva) alla *disfunzione* (con o senza modificazioni patologiche) alla *patologia* francamente radicata nel biologico. Le FSD possono causare un variabile grado di disagio e sofferenza (distress) personale e interpersonale. Inoltre le disfunzioni sessuali femminili sono frequentemente copresenti, ad esempio, un disturbo del desiderio può coesistere con un disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo e si parla allora di *co-morbilità*.

È frequente la comorbilità tra *disfunzioni sessuali e patologie mediche*: ad esempio, tra disturbi del desiderio e depressione; tra dispareunia introitale e disfunzioni del tratto urinario inferiore, quali cistiti e incontinenza da urgenza; tra stipsi ostruttiva e vaginismo; tra dispareunia profonda, endometriosi e dolore pelvico cronico. In queste condizioni, denominatori comuni di tipo biologico – che vanno diagnosticati e curati dal medico – si sommano a fattori psicosessuali e relazionali. Di qui la necessità di una visione integrata del problema che la donna porta in consultazione, di cui il ginecologo con formazione sessuologica può essere il referente principale.

Fattori *socioculturali* possono modulare la percezione e le modalità di espressione verbale del problema. Il *significato* dell'intimità sessuale e del problema stesso per la donna e la coppia influenzano il vissuto che ne deriva, la prognosi, la compliance alla terapia e la variabilità del risultato terapeutico.

■ IDENTITÀ SESSUALE

Con il termine “identità sessuale” si indica l’insieme di:

- *identità di genere*, ossia la rappresentazione intrapsichica che ognuno di noi ha della propria identità di uomo o donna, modulata dalla soddisfazione o meno con cui la vive;
- *identità di ruolo*, relativa al vissuto del proprio ruolo sociale, maschile o femminile;
- *identità di metà* relativa all’orientamento del proprio desiderio o metà sessuale, su un partner, oggetto di desiderio, dello stesso sesso (omosessuale) oppure del sesso opposto (eterosessuale).

Strutturazione e plasticità dell'identità sessuale

Alla *strutturazione dell'identità sessuale* concorrono fattori *biologici, psicosessuali e relazionali*. L'identità sessuale, proprio perché espressione di un *vissuto* modificabile da fattori endogeni ed esogeni, biologici e psichici, è *dinamica*. Presenta la *massima plasticità* durante la vita fetale, la prima e seconda infanzia e l'adolescenza, tuttavia può andare incontro a *ristrutturazioni significative* a tutte le età, in risposta a fattori biologici e psicodinamici, in particolare ad eventi traumatici affettivi o somatici.

I periodi di massima vulnerabilità sono i seguenti.

Fase prenatale

I nove mesi gravidici sono un periodo di estrema sensibilità biologica, neuropsichica e genitale dell'identità sessuale. Alterazioni dell'ambiente endocrino embrio-fetale per cause endogene, materne o fetal, o esogene, ad esempio per ormoni somministrati alla madre a scopo anti-abortivo, possono modificare il normale sviluppo delle strutture anatomiche mülleriane o wolffiane, con alterazioni morfologiche che possono comparire alla nascita, quando sia stata alterata la forma dei genitali esterni (modificando i cosiddetti “*caratteri sessuali primari*” da cui dipende l’attribuzione del *sesso anagrafico*), o alla pubertà. Parallele alterazioni possono verificarsi a livello neuropsichico, per quanto riguarda l’imprinting endocrino delle aree cerebrali ormono-sensibili e ormono-dipendenti. I principali fattori di disturbo sono riasumibili in:

- *alterazioni endocrine endogene*: se il feto femmina è esposto durante la vita prenatale ad alti livelli di androgeni di provenienza surrenale materna (sindrome adreno-genitale), con variabile mascolinizzazione, a livello sia genitale, sia intrapsichico;

- *alterazioni endocrine iatrogene*: sullo sviluppo del feto femmina, per l'effetto di gestageni, somministrati in passato a scopo antiabortivo (in particolare quelli di derivazione androgenica, come il 19-nor-17alfa-etiniltestosterone);
- *alterazioni endocrine da tossici esogeni*: per l'azione potenzialmente malformativa di tossici ambientali ad azione endocrina, i cosiddetti “*xeno-estrogeni*”, che, essendo lipofili, si accumulano nell'adipe materno e possono manifestare la loro azione tossica sul feto mesi o anni dopo l'esposizione al fattore tossico stesso. Possono causare malformazioni genitali e possibili alterazioni dell'imprinting endocrino cerebrale prenatale.

Prima e seconda infanzia

ASPECTI BIOLOGICI. Sul fronte biologico della strutturazione dell'identità sessuale femminile, l'eccessiva produzione materna surrenalica di androgeni, oppure l'uso cronico di cortisonici con azione androgenica può “androgenizzare” i follicoli piliferi nella bambina. Alla pubertà questo imprinting endocrino si può tradurre in ipertricosi generalizzata di varia gravità o addirittura in irtsutismo, con implicazioni negative per la strutturazione dell'immagine di sé e la percezione di femminilità.

ASPECTI PSICOLOGICI. Per la strutturazione dell'identità sessuale, in questo caso femminile, fin dalla nascita è di essenziale importanza il rapporto con i genitori o loro sostituti *stabili*. Dal punto di vista psicologico l'identità sessuale femminile si struttura grazie:

- *all'identificazione con il genitore dello stesso sesso*, e quindi la madre (naturale o adottiva), purché ci sia la possibilità di una rapporto affettivo continuativo e affettuoso;
- *alla complementazione con il genitore del sesso opposto* (il padre o un suo sostituto stabile).

Accanto all'identificazione sessuale, è essenziale lo stile di attaccamento tra i genitori (o loro sostituti significativi) e la bambina. Un amore sicuro, tenero e sereno contribuisce alla crescita della cosiddetta “base sicura” che nutre la *fiducia* interiore sull'essere capaci di amare e meritevoli di essere amati. Gli stili di attaccamento affettivo (sicuro, ansioso, evitante) vissuti nella prima e seconda infanzia costituiscono un imprinting psicoemotivo che caratterizzerà il modo di amare nella vita adulta.

Di converso, un'infanzia carente di affetti costituirà un elemento di vulnerabilità sia sul fronte della gioia di vivere personale, sia della capacità di vivere relazioni d'amore soddisfacenti. L'abuso, psichico,

fisico e/o sessuale costituisce uno dei fattori di rischio più forti e pervadenti di infelicità, non solo sessuale, e va indagato in ogni anamnesi ginecologica. Sfortunatamente, solo una minima percentuale di ginecologi chiede sistematicamente alla donna se in passato abbia subito molestie o abusi.

Pubertà e adolescenza

Si definisce *pubertà la transizione biologica dall'infanzia alla maturità sessuale*. L'adolescenza comprende invece *l'insieme delle trasformazioni psicoemotive e psicosessuali che accompagnano la pubertà*. È la seconda età critica, dopo la fase prenatale, in quanto maturano i cosiddetti “*caratteri sessuali secondari*”: comparsa della peluria con distribuzione tipica del sesso femminile, sviluppo mammario, comparsa delle mestruazioni, modificazioni della secrezione sudoripara e sebacea, con inizio della produzione di feromoni, sostanze che modulano l'attrazione sessuale istintuale, subliminale, a livello intraspecifico, ossia nell'ambito della stessa specie.

In passato pubertà e adolescenza tendevano temporalmente a coincidere. Oggi esiste un progressivo sfasamento tra le due: da un lato, la pubertà tende ad anticipare, con il menarca che può comparire anche a nove anni o prima, quando lo sviluppo psichico è ancora dominato da tematiche infantili; dall'altro, l'adolescenza, come processo psichico di maturazione, tende a protrarsi oltre i vent'anni, con la dipendenza economica e logistica dalla famiglia che la caratterizza, soprattutto nei giovani, ragazze e ragazzi, a lunga scolarità.

I disturbi del comportamento alimentare, anorexia e bulimia, possono ripercuotersi sull'identità sessuale, sulla funzione sessuale, sulla salute generale e ginecologica. Le preoccupazioni delle adolescenti sull'immagine corporea (body image) possono esasperare la pratica di diete autogestite sino a franchi disordini del comportamento alimentare e della regolarità mestruale.

Età adulta e senile

L'identità sessuale è in genere ben consolidata nell'età adulta. Può essere lesa da tumori che colpiscono gli organi ormono-sensibili (mammelle, utero, ovaie), che richiedono chirurgie demolitive e amputanti (mastectomie, o isterectomie radicali) o che comportino comunque chemio- e/o radio-terapie aggressive che inducano menopausa precoce per danno ovarico irreversibile anche nelle giovani donne (ad esempio, per tumori ematologici).

In positivo, la somministrazione di adeguate terapie ormonali sostitutive (TOS) dopo la menopausa può

migliorare la percezione dell'identità sessuale, ferita dalla carenza protratta di ormoni sessuali femminili.

Riassumendo, la vulnerabilità dell'identità sessuale è massima dal concepimento fino alla fine dell'adolescenza, è stabile in età fertile, aumenta durante la transizione menopausale e si ristabilizza in età senile. Quando inizia la maturazione sessuale puberale e quando la sessualità diviene relazionale in senso genitale, la funzione sessuale è il bersaglio più evidente sia di difficoltà esistenziali, affettive e di coppia, sia di possibili interazioni farmacologiche, mentre l'identità viene colpita solo secondariamente.

■ PATOLOGIA DELL'IDENTITÀ SESSUALE

Le *“disforie di genere”* indicano i disturbi relativi all'identità sessuale e sono più frequenti negli uomini, in rapporto di circa 10 a 1 rispetto alle donne. Nelle donne i disturbi dell'identità sessuale si esprimono lungo un continuum di disagio:

- *disforia di genere lieve*: l'identità sessuale è poco disturbata, con maggiore vulnerabilità in adolescenza, per traumi affettivi (litti di persone significative, abbandoni, delusioni) e/o depressione;
- *disforia di genere moderata*: il disagio è maggiore; può esimersi con atteggiamenti mascolini, e essere associata o meno a omosessualità. Nella donna è raro il travestitismo (ossia il vestirsi con abiti del sesso opposto *perché questo procura eccitazione sessuale*, fenomeno molto più frequente invece nei maschi);
- *disforia di genere grave*: mette in discussione la coerenza tra sesso biologico e sesso intrapsichico. Si parla allora di *“transessualismo”*: “Sono un uomo intrappolato in un corpo di donna” è la autodiagnosi con cui queste donne biologiche, che si sentono psicologicamente maschi, si rivolgono al medico per ottenere la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS). Il transessualismo è caratterizzato dalla *“convinzione precoce, permanente e irreversibile di appartenere al sesso opposto”*. Può avere esordio precoce, nei primi tre anni di vita, in cui la bambina manifesta comportamenti e preferenze tipici del sesso opposto: si parla in tal caso di *“transessualismo primario”*, raro. Si parla di *“transessualismo secondario”* quando la disforia di genere grave esplode alla pubertà, o più tardi. Si tratta di una patologia specialistica, per cui si rimanda a testi di riferimento.

■ FUNZIONE SESSUALE

A scopo didattico, la funzione sessuale può essere considerata come un circuito (**FIGURA 47.1**) di cui fanno parte quattro componenti:

- desiderio ed eccitazione mentale
- eccitazione genitale (con erezione nell'uomo, con congestione/lubrificazione e recettività vaginale nella donna)
- orgasmo
- risoluzione/ soddisfazione

Una *lettura circolare* di queste variabili (diversamente dal modello lineare di Masters e Johnson) consente di comprendere i *feedbacks positivi e negativi* che possono rilanciare o frenare tutta la funzione. Ad esempio, in condizioni fisiologiche il *desiderio* alimenta l'*eccitazione*, mentale e fisica, facilita l'*orgasmo* e una maggiore intimità e soddisfazione dopo il rapporto. Un'esperienza positiva può accentuare il desiderio e con questo la possibilità che tutta la cascata di eventi fisici e psicosessuali si svolga nel più soddisfacente dei modi, grazie all'*immaginario erotico* e ai flash-back di eccitazione e di emozione. La *soddisfazione* sessuale è un aspetto cardinale nella nostra specie, in cui la ricerca del piacere sessuale si è autonomizzata dalla funzione procreativa, fino ad occupare la maggior parte dell'esperienza sessuale stessa.

Fisiologia del desiderio sessuale

Il desiderio sessuale costituisce la dimensione più sfuggente della sessualità umana. Dal punto di vista neuropsichico, il desiderio è espressione di una funzione associativa complessa, che induce il bisogno e il desiderio di comportarsi sessualmente. È attivato da stimoli endogeni, ormonali e

FIGURA 47.1 ■ Modello circolare della funzione sessuale femminile.



Modificata da Graziottin, 2010

psichici – come le fantasie sessuali e i sogni erotici – o *esogeni*, veicolati attraverso gli organi di senso. Dal punto di vista psicologico, il *centro del desiderio* è l'*assenza* (“mi manchi...”). Il desiderio sessuale ha una funzione riparativa ed espressiva, finalizzata a ricreare il benessere generato dall'intimità erotica e affettiva.

Al desiderio contribuiscono tre grandi fattori:

1) *Stimolo biologico istintuale*, tendente, attraverso la procreazione, al mantenimento della specie (“*sesso procreativo*”). Ad esso concorrono:

a) gli ormoni:

- androgeni: anche nella donna attivano il desiderio fisico istintuale. Testosterone totale e libero, androstenedione e deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S), stimolano le basi fisiche e psichiche del desiderio. Gli androgeni sono più rappresentati nel corpo femminile rispetto agli estrogeni, se i diversi ormoni sessuali vengono tutti misurati in picogrammi/mL (**TABELLA 47.2**). In condizioni fisiologiche, essi raggiungono il picco plasmatico a 20 anni; sono ridotti del 50% a 40 anni, con una progressiva riduzione per cui la donna a 60 anni ha circa un quarto del livello di androgeni presente nella giovinezza. Se la donna va incontro a menopausa chirurgica, con asportazione bilaterale delle ovaie, perde più del 50% del testosterone totale. Chimioterapia e radioterapia pelvica o total body possono causare menopausa precoce iatrogena e ledere le cellule del Leydig contenute nell'ilo ovarico, riducendo la produzione di testosterone, pur con ovaie in sede;
- estrogeni, in quanto modulatori della femminilità e del benessere psicofisico;
- prolattina, con ruolo inibitorio, in entrambi i sessi;
- tiroidei, che, se carenti, possono ridurre il desiderio sessuale;
- ossitocina, neuroormone che presenta un picco plasmatico in coincidenza con l'orgasmo, otte-

nuto sia con autoerotismo, sia con il coito. FAVORISCE il desiderio. È il principale mediatore neurobiologico dei legami affettivi;

- b) la salute fisica e psichica, che modula l'efficienza dei sistemi biologici che concorrono alla funzione sessuale e il livello di energia vitale, di cui l'energia sessuale è espressione;
- c) i fattori stimolanti (farmaci, droghe, malattie psichiatriche);
- d) i fattori inibenti (farmaci, droghe, malattie fisiche e psichiatriche).

2) *Stimolo motivazionale-affettivo*: a seconda della motivazione, possiamo distinguere:

- *sesso amoroso*, che nasce dal bisogno/desiderio di amore e di intimità emotiva;
- *sesso ricreativo*, originato dal bisogno/desiderio di gioco, di novità, di trasgressione, di divertimento, di complicità;
- *sesso procreativo*, finalizzato al concepimento e all'avere un figlio: la motivazione conscia e integrata al progetto di famiglia integra e umanizza la spinta procreativa biologica;
- *sesso riparativo*, o consolatorio, in cui il bisogno sessuale nasce da motivazioni non sessuali al comportamento sessuale (ansia, tristezza, sentimento di solitudine, abitudine, noia);
- *sesso strumentale*, che nasce dall'uso strumentale del sesso per motivazioni e fini diversi dall'amore, dalla procreazione, dal divertimento e dalla consolazione, quando è finalizzato a ottenere dei vantaggi diretti o indiretti, economici, professionali, relazionali.

Queste motivazioni possono variare in diverse fasi della vita e a seconda della relazione che la donna sta vivendo.

3) *Valutazione cognitiva* ad agire un comportamento sessuale, valutandone rischi e vantaggi. È un aspetto vulnerabile all'irrompere (acting-out) dei fattori istintuali e affettivi, nonché all'effetto negativo di alcool e droghe che alterino la capacità di giudizio.

TABELLA 47.2 ►►► LIVELLI PLASMATICI MEDI DEGLI STEROIDI SESSUALI NELLA DONNA (VALORI CONVERTITI IN PG/ML)

CATEGORIA	ETÀ RIPRODUTTIVA	Menopausa naturale	Menopausa iatrogena
Estradiolo	100-150	10-15	10
Testosterone	400	290	110
Androstenedione	1900	1000	700
Deidroepiandrosterone, DHEA	5000	2000	1800
DHEA-solfato	3.000.000	1.000.000	1.000.000

Fisiologia dell'eccitazione sessuale

L'eccitazione sessuale, nella donna come nell'uomo, si esprime a tre livelli:

- 1) *cerebrale*, con attivazione ormono-dipendente di centri e vie, soprattutto dopaminergici, che coordinano le risposte sessuale, neurochimica e vascolare;
- 2) *periferico non genitale*, che include l'aumento della salivazione, la vasodilatazione cutanea, che corre al senso di calore e di eccitazione generale, l'incremento della secrezione sudoripara e della increzione di feromoni da parte delle ghiandole sebacee, l'erezione del capezzolo;
- 3) *genitale*, con vasodilatazione e congestione genitale. Gli estrogeni consentono al peptide intestinale vasoattivo (VIP, Vasoactive Intestinal Peptide) di trasdurre il desiderio e l'eccitazione mentale in lubrificazione vaginale, mentre gli androgeni facilitano l'azione dell'ossido nitrico (NO) che è il neuromediatore più importante per la congestione delle strutture bulbocavernose vestibolari e clitoridee.

L'eccitazione sessuale femminile è *multifattoriale*.

Vi concorrono fattori:

- *biologici*;
- *psicosessuali*, cui concorrono la storia personale, l'educazione sessuale ricevuta, eventuali fattori inibenti di tipo traumatico (molestie e/o abusi), l'immagine corporea, i livelli di autostima e di fiducia nella propria desiderabilità;
- *contesto-correlati*: la qualità dell'attrazione di coppia, dell'intimità fisica ed emotiva, i livelli di conflittualità o di intesa nonché la competenza sessuale e sensuale del/la partner sono fattori essenziali; ad essi vanno aggiunti i fattori correlati al contesto familiare e/o professionale, tra i quali è critico lo stress cronico.

L'eccitazione subisce una potente *modulazione ormonale*: gli androgeni l'aumentano, mentre la carenza di ormoni sessuali la riduce.

Fisiologia dell'orgasmo

L'orgasmo è un'esperienza squisitamente soggettiva, che si accompagna ad un variabile grado di piacere e ad una perdita graduale della coscienza di sé. Dal punto di vista fisiologico, è un *riflesso sensoriale-motorio*, associato a modificazioni neuroendocrine - tra cui un picco plasmatico di ossitocina -, somatiche e neurovegetative, correlate con una massiccia attivazione cerebrale. L'orgasmo può essere attivato da stimoli fisici e mentali.

L'orgasmo *genitale* richiede l'integrità di:

- fibre nervose: del nervo pudendo (S2, S3, S4) che arrivano al centro midollare periferico dell'orgasmo, costituendo il braccio afferente sensoriale del riflesso orgasmico. Ai neuroni midollari arrivano anche vie cortico-midollari serotonergiche, ad azione inibente: questo può spiegare l'azione inibente sull'orgasmo degli antidepressivi di ultima generazione, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). È ammessa la presenza anche di vie colinergiche, facilitatorie. Alcuni studi recenti suggeriscono l'esistenza di vie vagali, viscerali, che contribuirebbero all'orgasmo "uterino";
- le strutture cavernose che, congeste e adeguatamente stimolate, attivano sensazioni piacevoli che verranno poi veicolate per via nervosa al midollo e al cervello;
- i muscoli del pavimento pelvico, e in particolare l'elevatore dell'ano, cui compete la componente muscolare-contrattile del riflesso orgasmico.

Il riflesso midollare breve può attivare la risposta muscolare, caratterizzata dalle contrazioni involontarie dell'elevatore dell'ano, da tre a otto, in sequenza singola o ripetuta. Danni da parto al muscolo elevatore - per feti macrosomi, periodi espulsivi prolungati, parti distocici e/o operativi, rotazioni sacrali dell'occipite - possono ledere le fibre mediali dell'elevatore, riducendo la sensibilità vaginale e la componente muscolare striata dell'orgasmo.

Significative riduzioni della componente muscolare liscia dei corpi cavernosi del clitoride e bulbo vestibolari sono state dimostrate nella donna dalla prima alla sesta decade di vita. Questa *involuzione età-dipendente* delle strutture cavernose preposte all'eccitazione genitale contribuisce al graduale impoverimento dell'intensità dell'orgasmo con l'età, fino alla sua scomparsa.

■ PATOLOGIA DELLA FUNZIONE SESSUALE

Le definizioni aggiornate dei disturbi sessuali femminili sono riassunte in **TABELLA 47.3**.

I disturbi del desiderio sessuale

Prevalenza

I disturbi del desiderio sessuale interessano il 19% delle donne europee tra i 20 e i 49 anni; la percentuale sale al 32% nelle donne che, nella stessa fascia di età, ab-

TABELLA 47.3 ►►►CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI SESSUALI FEMMINILI

Disturbo dell'interesse e del desiderio sessuale (Women's sexual interest/ desire disorder):

- Desiderio sessuale ipoattivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD): definito come la persistente o ricorrente carenza o assenza di desiderio, fantasie e/o pensieri sessuali, e/o mancanza di desiderio responsivo (all'iniziativa del partner), o recettività per l'attività sessuale, che provochi "personal distress". Le motivazioni per cercare di eccitarsi sessualmente sono scarse o assenti. La mancanza di interesse è considerata eccessiva rispetto alla riduzione normale correlata al ciclo della vita, all'età e alla durata della relazione di coppia.
- Avversione sessuale (Sexual Aversion Disorder): definita come un'ansia estrema e/o disgusto all'idea o ai tentativi di avere qualsiasi forma di attività sessuale.

Disturbo dell'eccitazione (Sexual Arousal Disorder):

- Disturbo soggettivo dell'eccitamento sessuale (Subjective Sexual Arousal Disorder): riduzione o assenza di eccitazione mentale e di piacere sessuale derivante da qualsiasi forma di stimolazione sessuale. La lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione fisica possono ugualmente essere presenti.
- Disturbo genitale dell'eccitamento sessuale (Genital Sexual Arousal Disorder): assente o diminuita eccitazione sessuale genitale. L'anamnesi indica minima congestione vulvare e/o lubrificazione vaginale da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale e ridotte sensazioni genitali dalle carezze genitali. L'eccitazione mentale può ancora essere presente in risposta a stimoli non genitali.
- Disturbo combinato soggettivo e genitale dell'eccitamento sessuale (Genital Sexual Arousal Disorder): riduzione o assenza di eccitazione mentale e consapevolezza di piacere sessuale derivante da qualsiasi forma di stimolazione sessuale, con parallela assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare e/o lubrificazione vaginale).
- Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente (Persistent Sexual Arousal Disorder): eccitazione sessuale spontanea, intrusiva e involontaria (pulsazione, congestione genitale) in assenza di interesse e desiderio sessuale. Ogni consapevolezza di eccitazione soggettiva è tipicamente ma non invariabilmente spiacevole. L'eccitazione non è attenuata da uno o più orgasmi e la sensazione di sgradevole eccitazione può persistere per giorni o mesi.

Disturbo dell'orgasmo (Orgasmic Disorder):

nonostante un adeguato stimolo ed un alto livello di eccitazione sessuale, c'è mancanza di orgasmo, marcata riduzione di sensazioni orgasmiche e marcato ritardo dell'orgasmo derivante da qualsiasi tipo di stimolazione.

Disturbo caratterizzato da dolore sessuale (Sexual Pain Disorders):

- Dispareunia: definita come ricorrente o persistente dolore genitale associato ai tentativi di penetrazione vaginale ("dispareunia superficiale o introitale") o al rapporto sessuale completo ("dispareunia profonda").
- Vaginismo: definito come persistente o ricorrente difficoltà della donna a consentire l'entrata vaginale del pene, di un dito e/o di qualsiasi altro oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Sono presenti variabile evitamento fobico, con anticipazione e paura di dolore, e variabile grado di contrazione involontaria della muscolatura pelvica. Devono essere escluse le anomalie anatomiche.

Per ciascuno di questi disturbi è necessario identificare alcune caratteristiche ulteriori:

- Insorgenza:** fin dall'inizio dell'attività sessuale (primario) o acquisita dopo un periodo di normalità (secondario)
- Caratteristiche:** generalizzata (indipendentemente da partner e situazione) o situazionale; a insorgenza rapida o lenta
- Etiologia:** organica, psicogena, mista o sconosciuta
- Gravità del "distress" (disagio personale)** associato al problema sessuale

La comorbidità è frequentemente presente nei disturbi sessuali femminili.

Adattata da Basson et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med 1: 40-48, 2004.

biano subito la menopausa chirurgica; infine interessa il 48% delle donne tra i 50 e i 70 anni. Il desiderio sessuale si riduce con l'età, mentre il distress, il disagio causato dalla perdita di desiderio sessuale, è inversamente correlato all'età: è massimo quindi nella donna più giovane.

Eziologia

Le condizioni cliniche che possono causare disturbi del desiderio sessuale *per difetto* (disturbo del desiderio sessuale ipoattivo o HSDD) possono essere primarie e secondarie, biologiche e/o psichiche

TABELLA 47.4 ►►►PRINCIPALI CAUSE BIOLOGICHE DI DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

Endocrine	Ipoestrogenismo Ipoandrogenismo Ipotiroidismo Iperprolattinemia
Disturbi affettivi	Depressione Ansia e/o Fobia
Disturbi neurovegetativi	Vampate di calore Insomnia
Malattie sistemiche Effetti collaterali – di farmaci – di droghe	Anti-depressivi Anti-androgeni Levosulpiride Alcool Droghes (eroina, morfina)
Feed-back genitali negativi	Secchezza vaginale Dispareunia Anorgasmia

Modificata da Graziottin, 2010

(**TABELLA 47.4**). I disturbi del desiderio sessuale *per eccesso* sono rari e di pertinenza superspecialistica.

Diagnosi

L'anamnesi sessuologica essenziale è riassunta in **TABELLA 47.5**.

Di fronte ad un disturbo del desiderio sessuale, il clinico indagherà in particolare su:

- *presenza e frequenza di sogni a contenuto sessuale, e/o di fantasie sessuali.* La loro presenza suggerisce l'integrità delle basi biologiche del desiderio, mentre la loro assenza deve far approfondire gli aspetti biologici e psicosessuali relativi alla storia personale: un'assenza completa può orientare verso una diagnosi di *"inibizione sessuale generale"*;
- *presenza e frequenza di episodi di eccitazione sessuale*, mentale e fisica, anche indipendentemente dal rapporto di coppia (su stimoli visivi, un film per esempio, uditivi, olfattivi...). Una pronta eccitazione in risposta a stimoli non mirati rassicura sull'integrità degli aspetti biologici e indirizza verso problemi relazionali o contestuali;
- *presenza e frequenza di masturbazione*: indica che il desiderio c'è (e quindi il fronte endocrino/biologico è probabilmente integro), ma viene investito su di sé e non sulla relazione: per solitudine, per non disponibilità fisica o emotiva del/la partner,

per conflitti o per delusioni di coppia;

- *presenza e frequenza dei contatti sessuali non finalizzati al coito.* Può essere indicativa di una mancanza di desiderio limitata alla penetrazione (e quindi alla recettività coitale, associata a vaginismo e /o dispareunia, ma non alla intimità masturbatoria e/o orale);
- *presenza o meno di recettività sessuale*, espressa anche come presenza e frequenza del coito. Se la recettività coitale manca, è necessario indagare la presenza di vaginismo, e/o di dispareunia, in cui il dolore può causare un vero e proprio evitamento dell'intimità e/o di vestibolite vulvare/vulvodinìa. In questi casi è evidente come la caduta del desiderio possa essere secondaria a disturbi sessuali caratterizzati da dolore cui il trattamento va orientato.

Per ognuno di questi aspetti si valuterà se il disturbo sessuale:

- fosse presente o meno fin dall'inizio della vita sessuale (primario o secondario);
- se sia presente con ogni partner e in ogni situazione (generalizzato) oppure solo con un partner e/o in specifiche situazioni (situazionale). Quest'ultima possibilità indica la necessità di approfondire gli aspetti eziologici contesto-

TABELLA 47.5 ►►►ANAMNESI SESSUOLOGICA**Benessere generale**

- Come sta (fisicamente e mentalmente)?
- Ha rapporti sessuali?
- Se no, è una Sua scelta? Se sì, come va la Sua vita sessuale?

Funzione sessuale

- Se la Sua vita sessuale è insoddisfacente, qual è il problema principale?
- Non ha (più) desiderio?
- Soffre di secchezza vaginale? Fa fatica ad eccitarsi e ad avere una normale lubrificazione?
- Ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo?
- Prova dolore durante il rapporto? Soffre di cistiti 24-72 ore dopo un rapporto sessuale?
- Se soffre di uno o più di questi problemi, ritiene che fossero presenti fin dall'inizio della Sua vita sessuale (primari) o che siano comparsi o peggiorati successivamente?
- Il problema sessuale che Lei nota è comparso gradualmente o rapidamente?
- Che cosa, secondo Lei, ha causato o peggiorato il Suo problema?

Relazione sessuale

- Ha una relazione di coppia stabile?
- Come va la Sua vita di coppia? È soddisfatta?
- Come sta il/la Suo/a partner, sia come salute generale che sessuale?
- Ritiene che il Suo problema sessuale dipenda più da fattori fisici, da problemi di coppia (per mancanza di amore, di intimità, di dialogo) o da entrambi?
- Il problema di cui soffre è presente in ogni contesto e con ogni partner (generalizzato) o è limitato ad una persona o ad una situazione in particolare (situazionale)?
- È *personalmente* motivata a migliorare la Sua vita sessuale?

Modificata da Plaut, Graziottin & Heaton, 2004

- dipendenti (esistenziali, familiari e di coppia);
- la diagnosi più probabile: biologica, psicogena, mista o sconosciuta.

Riassumendo, l'anamnesi deve definire se si tratti o meno di un disturbo del desiderio; se sia primario o secondario ad altre disfunzioni; se le cause siano biologiche, motivazionali-affettive, cognitive o miste. Sul fronte biologico sono utili gli esami ormonali, quando l'anamnesi suggerisca la probabilità di carenze estrogeniche e/o androgeniche. Gli androgeni, nell'uomo come nella donna, sono gli ormoni più potenti nell'attivare il desiderio sessuale istintuale. Le donne sottoposte ad ovariectomia bilaterale (spesso effettuata consensualmente alla isterectomia) vengono private di tutta la produzione androgenica ovarica, con un calo significativo, dell'ordine del 50% del testosterone totale e libero, e del 20-30% dell'androstenedione. Questa carenza di ormoni maschili può provocare la cosiddetta "sindrome da insufficienza di androgeni" (Androgen Insufficiency Syndrome), secondo la Conferenza di Princeton del 2002 (TABELLA 47.6). Tale sindrome è almeno parzialmente reversibile con la somministrazione di androgeni che

TABELLA 47.6 ►►►SINDROME DA INSUFFICIENZA DI ANDROGENI NELLA DONNA

- Caduta del desiderio sessuale
- Ridotta energia vitale e assertività
- Ridotta sensibilità alla stimolazione sessuale del capezzolo e del clitoride
- Ridotta eccitabilità e capacità di orgasmo
- Ridotto tono, forza e competenza muscolare
- Perdita di peli pubici e cute secca

Modificata da Bachman et al., 2002

riportino i livelli plasmatici ai livelli fisiologici normali per l'età.

Aspetti clinici

Il desiderio fisico e la motivazione sono considerate le due forze più potenti che nutrono il desiderio sessuale. Esse possono essere poi modulate dalla valutazione cognitiva, comunque meno rilevante, dai livelli di stress e da fattori concomitanti endogeni ed esogeni.

La valutazione anamnestica, endocrina e l'esame obiettivo sono parte essenziale della diagnosi di disturbo del desiderio ipoattivo.

In sintesi, il ginecologo deve valutare se non esistano fattori genitali anatomico/biologici (imene rigido, vestibolite/vulvodinia, lichen, distrofie vulvovaginali, ipertono/mialgia del muscolo elevatore, tender e trigger points sull'elevatore, endometriosi, esiti di PID, aderenze, fattori iatrogeni postchirurgici) e/o disfunzionali (secchezza vaginale, disparesunia, difficoltà orgasmiche fino all'anorgasmia) che, tramite feedback genitali negativi, possano contribuire a, o causare, una caduta secondaria del desiderio sessuale. In questo senso il ruolo del ginecologo è essenziale per la diagnosi biologica, in quanto nessun altro medico ha le competenze per farla.

Indagini biochimiche

In caso di disturbi del desiderio sessuale generalizzati e di tipo acquisito può essere indicato indagare i livelli plasmatici di: testosterone totale e libero; SHBG; prolattina; FT₃,FT₄, TSH.

Non esiste tuttavia consenso in letteratura sulla reale utilità di questi esami per la diagnosi, ritenuta più "clinica".

L'approfondimento endocrino è indicato se dall'anamnesi non emergono fattori importanti di tipo relazionale, pertinenti alle dinamiche di coppia e/o alla comparsa di specifici problemi sessuali nel partner stesso (disturbi dell'erezione, del desiderio e/o ejaculazione precoce).

In sintesi, gli ormoni sessuali modulano l'intensità del desiderio sessuale ma non la sua direzione verso un particolare partner, che dipende da altri fattori affettivi, erotici e motivazionali. L'integrità della base biologica del desiderio è condizione necessaria ma non sufficiente per una sessualità soddisfacente. La diagnosi sul fronte biologico, che include la valutazione di possibili fattori genitali negativi per la sessualità, è preliminare a quella psicodinamica. Nella donna, come nell'uomo, i fattori psicologici, psicosessuali e culturali modulano la spinta biologica sessuale.

I disturbi dell'eccitazione sessuale femminile

Prevalenza

I disturbi dell'eccitazione sessuale per difetto interessano il 15-19% della popolazione generale, fino al 30-40% delle donne sessualmente attive in postmenopausa.

Eziologia

I disturbi dell'eccitazione riconoscono tre grandi eziologie, sia nei disturbi per difetto sia nei disturbi per eccesso, molto più rari.

Andranno quindi indagati:

■ Disturbi dell'eccitazione per difetto

1) a livello biologico

- la *carenza ormonale di androgeni e/o estrogeni* perché riduce il potente effetto iniziatore e facilitatore che questi ormoni hanno sull'eccitazione centrale, periferica non genitale e genitale. Tra le condizioni biologiche che possono causare un disturbo dell'eccitazione ci sono gli ipoestrogenismi associati ad amenorre (ipotalamiche delle adolescenti, del puerperio e della menopausa); gli stati di ipoestrogenismo relativo, ad esempio in corso di terapia contraccettiva con pillole ultraleggere (contenenti 15 gamma di estrogeni) che possono provocare difficoltà di eccitazione genitale con secchezza vaginale oppure in corso di terapia ormonale sostitutiva (HRT) a basso dosaggio, per minore sensibilità distrettuale agli estrogeni, su base recettoriale, pur con livelli estrogenici sistemicamente sufficienti per una normale stimolazione in altri distretti corporali. La valutazione del pH vaginale può essere utile, in ambulatorio, con semplice stick: in condizioni di buona estrogenizzazione e con ecosistema in equilibrio il pH dovrebbe essere circa 4,0.

- l'*eccesso di prolattina*, per il suo effetto inibitore sulle vie dopaminergiche che mediano i comportamenti sessuali proattivi;
- i *disturbi vascolari*: abuso di fumo, arteriosclerosi, ipertensione, diabete, che con la microangiopatia e la neuropatia che può indurre, è un fattore importante di deficit di eccitazione genitale nella donna;
- le *distrofie vulvovaginali*: l'età rappresenta da sola un fattore di involuzione delle strutture bulbocavernose e clitoridee, in quanto dalla prima alla quinta decade di vita si ha una riduzione di circa il 50% della percentuale di tessuto muscolare liscio che compone i corpi cavernosi;
- la *presenza di dolore genitale*, che rappresenta il più potente inibitore riflesso dell'eccitazione mentale ma soprattutto genitale: molte donne, che riportano una normale eccitazione durante i preliminari, riferiscono un blocco immediato della stessa, con un'improvvisa secchezza, non appena inizi una penetrazione che cau-

si dolore (come avviene nella dispareunia e nel vaginismo).

- le *malattie neurologiche*: non solo i più evidenti traumi midollari, come succede nelle donne paraplegiche, ma anche fasi iniziali di malattie neurologiche, quali la sclerosi multipla, possono associarsi a disturbi della sensibilità e dell'eccitazione genitale.

2) a livello psicosessuale

L'eccitazione, soprattutto mentale, può essere frenata da:

- *inibizioni educative*, se l'eccitazione viene colpevolizzata come inopportuna, prematura, indegna;
- *mancanza di intimità emotiva*;
- *ansia da prestazione*: anche nella donna può causare un picco plasmatico di adrenalina, con conseguente vasocostrizione e ridotta o inibita eccitazione generale e genitale (inibizione della congestione vaginale, clitoridea e bulbocavernosa)
- *igiene inappropriata del/la partner*;
- *contesti avversivi*, quando l'eccitazione è stata vissuta, durante molestie, abusi e/o violenze, causando sensi di colpa e/o sentimenti paralizzanti di collusione involontaria, e/o quando si associa ad una sindrome post-traumatica da stress;
- *non accettazione della direzione del proprio desiderio*: ad esempio, quando la persona non accetta la propria omosessualità, può operare, più o meno consciamente, una censura di tutti i livelli di eccitazione.

3) a livello di contesto, relazionale e ambientale:

- *i sentimenti per il partner e qualità della salute fisica e sessuale del partner* sono tra i fattori predittivi più significativi delle possibili modificazioni della sessualità femminile durante tutta la vita e, in particolare, durante la transizione menopausale;
- *qualità della relazione di coppia, stili di attaccamento e livello di conflittualità*;
- *contesti percepiti come inibenti*: ad esempio, per la presenza di genitori o figli nella stanza accanto; per la paura di essere scoperte, soprattutto nelle adolescenti; perché il luogo è insicuro, soprattutto per le coppie che si appartano in auto in contesti rischiosi.

■ **Disturbi dell'eccitazione sessuale persistente (Persistent sexual arousal disorder)**

I disturbi dell'eccitazione per eccesso sono tali quando causano distress personale e/o interpersonale. L'eziologia può ugualmente essere multifat-

toriale e multisistemica, in genere su base biologica. Rappresentano una patologia superspecilistica per cui si rimanda ai testi di riferimento.

Diagnosi

Nei disturbi dell'eccitazione per difetto il sintomo principe è la secchezza vaginale. L'anamnesi, dovrà indagare *la difficoltà a ottenere o mantenere una sufficiente eccitazione sessuale*:

- *mentale*: "Ha difficoltà a sentirsi mentalmente eccitata o comunque coinvolta?" È essenziale approfondire il livello di desiderio, la qualità della relazione di coppia, il livello di intimità emotiva e di dialogo, la presenza o meno di problemi di salute generali e/o sessuali nel partner;
- *genitale*: questa difficoltà può essere espressa come mancanza di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) e quindi con secchezza vaginale e/o con mancata eccitazione/congestione clitoridea e dei corpi cavernosi o di altre risposte somatiche.

L'esame obiettivo, orientato in base all'anamnesi, dovrà valutare la presenza di distrofia vulvovaginale, inclusiva della valutazione del pH, di involuzione clitoridea, associata o meno a lichen sclerosus, di iposensibilità cutanea e/o di cause di dolore che possano causare una inibizione riflessa dell'eccitazione mentale e soprattutto genitale.

Gli esami strumentali saranno orientati in base all'anamnesi. Potranno includere i dosaggi ormonali, oltre a valutazioni più specialistiche quando suggerito dall'anamnesi; valutazione del profilo anticorpale in caso di sospetto di sindrome di Sjogren; valutazione neurologica in caso di sospetta sclerosi multipla.

I disturbi dell'orgasmo

L'assenza, parziale o totale, dell'orgasmo rappresenta uno dei più frequenti disturbi sessuali nella donna. Essa è caratterizzata da una *inibizione selettiva del riflesso orgasmico, generalizzata o limitata ad alcuni "trigger", ossia ad alcuni tipi di stimolazione/sensazione*. Ad esempio ci può essere presenza di orgasmo da stimolazione clitoridea ma assenza di quello coitale. L'inibizione dell'orgasmo può essere *isolata*, e quindi possono essere normalmente integri il desiderio, l'eccitazione e la conseguente congestione pelvica, oppure l'anorgasmia può essere *associata a comorbidità*, e quindi a riduzione del desiderio, dell'eccitazione e/o a presenza di dolore sessuale.

Prevalenza

La difficoltà orgasmica è riportata genericamente nel 15-20% delle donne sessualmente attive. Quando

l'analisi distingua tra i diversi tipi di orgasmo, circa il 10% delle donne lamenta l'impossibilità di averlo in modo assoluto, mentre circa il 50% lamenta una variabile incapacità limitata all'orgasmo coitale.

Eziologia

Anche l'eziologia dei disturbi dell'orgasmo può essere *multifattoriale e multisistemica*.

Andranno quindi considerati:

- i fattori biologici
 - 1) *ormonali*, per l'effetto della carenza, assoluta o relativa, di:
 - *androgeni*, e quindi con frenata della risposta orgasmica genitale, in particolare clitoridea e bulbovestibolare, per la riduzione della responsività della componente muscolare liscia dei corpi cavernosi;
 - *estrogeni*, per l'inadeguata preparazione della piattaforma orgasmica, soprattutto nella forma dei tessuti vascolari congesti perivaginali e periuretrali;
 - 2) *invecchiamento-dipendenti*: la riduzione, istologicamente documentata, di circa il 50% della muscolatura liscia dei corpi cavernosi, dalla prima alla sesta decade di vita, può contribuire all'impoverimento età-correlato della qualità dell'orgasmo, sia in termini di tempo e di intensità di stimolazione per ottenerlo, sia di intensità delle sensazioni e del numero di contrazioni muscolari associate all'orgasmo stesso;
 - 3) *distrofici*, soprattutto quando le forme di lichen sclerosus interessino a tutto spessore anche le strutture bulbocavernose vestibolari e clitoridee;
 - 4) *iatrogeni*, dovuti all'effetto collaterale di:
 - *farmaci*, in particolare per l'effetto dei farmaci antidepressivi, sia del tipo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sia dei triciclici; a volte anche gli antiandrogeni possono causare una inibizione selettiva (e reversibile) dell'orgasmo;
 - *interventi chirurgici* che abbiano leso il nervo pudendo (riducendo l'afferenza sensitiva); oppure colpoplastiche che, causando una riduzione della abitabilità vaginale e quindi dispareunia, possono inibire in modo riflesso l'eccitazione, la formazione della piattaforma orgasmica e il raggiungimento dell'orgasmo;
 - *interventi ostetrici* (parti operativi con forcipe e/o ventosa), parti con feti macrosomi, oppure rotazione posteriore dell'occipite, e/o
- *radioterapia pelvica*, per carcinomi cervicali, o anali, o vescicali, che può inibire l'orgasmo con una modalità complessa (da vasculopatia e neuropatia) cui va aggiunto l'effetto inibitorio riflesso da dispareunia per ridotta lubrificazione e ridotta abitabilità vaginale.
- 5) *tossicologici*: alcool o droghe, quali marjuana, morfina o eroina, che con varia potenza deprimono l'attività del SNC e possono inibire l'orgasmo attraverso un'azione sedativa complessa sia sul desiderio, sia sull'eccitazione mentale, soprattutto nell'abuso cronico. Inizialmente alcool e marjuana, per l'effetto blandamente ansiolitico, possono avere un effetto facilitatorio sull'orgasmo (perché possono ridurre l'ansia da prestazione grazie ad un generale effetto disinibitorio);
- 6) *neurologici*, per esempio da sclerosi multipla, che può ledere la componente nervosa dell'orgasmo;
- 7) *muscolari*:
 - da ipotonico marcato, raramente primario, in genere secondario, in particolare a traumi ostetrici;
 - da ipertono, per inibizione riflessa causata dal dolore durante i tentativi di penetrazione (dispareunia);
- 8) *traumatici*:
 - *accidentali*: per cadute con trauma coccigeo. Si può in tal caso avere una sindrome compressiva del pudendo (S2-S3-S4) che può estrinsecarsi, anche anni dopo il trauma, con un deficit dell'orgasmo, oltre a parestesie vulvare e clitoralgie;
 - *sportivi*, con microtraumi cronici: una sindrome compressiva cronica a carico del pudendo, descritta nelle cicliste (ma anche nelle amanti dello spinning) può causare un impoverimento della qualità orgasmica, oltre che a parestesie genitali;
 - *rituali*: le mutilazioni genitali, con lesione del clitoride e delle strutture bulbovestibolari, possono causare una lesione parziale o totale della capacità orgasmica genitale;

9) *vascolari e dismetabolici*:

- fumo, arteriosclerosi, ipertensione, possono causare una comorbidità tra disturbi dell'eccitazione e dell'orgasmo;
- il diabete può causare un danno orgasmico per la neuropatia che lo caratterizza e che può complicare il danno sull'eccitazione e sull'orgasmo secondario alla microangiopatia, specie in condizioni di cronico cattivo controllo glicemico;
- il priapismo clitorideo, in genere da causa idiopatica, può causare anorgasmia in quanto la clitoralgia che lo caratterizza rende intollerabile qualsiasi stimolazione sessuale genitale;

10) *urologici*: da instabilità detrusoriale o vescica iperattiva, che causi un'incontinenza da urgenza all'orgasmo: molte pazienti riportano allora un'inibizione selettiva dell'orgasmo per la paura che la perdita di urina si ripeta.

■ i fattori psicosessuali:

- analfabetismo erotico e inibizioni sessuali sono le cause principali di anorgasmia primaria.
- depressione, stress cronico e ansia da prestazione sono le cause funzionali principali dell'anorgasmia secondaria.

■ i fattori contesto-correlati:

- conflittualità di coppia, insoddisfacente intimità, abusi verbali o fisici possono causare una inibizione selettiva dell'orgasmo o un più generale disinvestimento dall'intimità sessuale.

Diagnosi

La diagnosi richiede anzitutto una precisazione accurata del disturbo e una visita ginecologica scrupolosa. Di fronte all'affermazione "non ho l'orgasmo" è molto importante riconoscere di quale forma si tratti, anche per poter poi scegliere il percorso terapeutico più efficace.

L'anamnesi è volta a diagnosticare se la mancanza di orgasmo è primaria (se l'orgasmo non è mai stato percepito in alcuna forma) o secondaria (se compare dopo un periodo di normale responsività, ed è quindi acquisita); assoluta (nessuna forma di orgasmo è mai stata percepita, in alcuna situazione e con alcun partner: quindi si tratta di un'impossibilità generalizzata) o relativa (limitata ad un aspetto della stimolazione, ad una situazione e/o ad un partner): è il disturbo più frequentemente portato in consultazione.

L'esame obiettivo:

- **generale**: può suggerire e/o confermare problemi generali quali un ipotiroidismo, una depressione, clinicamente evidente o "mascherata", anemie, cali

ponderali significativi, malattie generali dismetaboliche, neurologiche, vascolari; traumi midollari;

■ *sessuologico genitale*:

- **ispezione**: aspetto dei genitali esterni, con particolare attenzione a dimensioni e trofismo clitorideo e dei genitali esterni; eventuale priapismo clitorideo; eventuale involuzione delle piccole labbra; presenza di lichen sclerosus; traumi genitali e loro esistiti cicatriziali (rituali: da infibulazione; accidentali); danni iatrogeni (ostetrici; attinici, dopo radioterapia genitale);
- **palpazione**: valuterà la presenza di clitoralgie; di punti di dolorabilità in caso di disturbi sessuali caratterizzati da dolore e in particolare di dispareunia; valuterà tono, trofismo e competenza motoria del muscolo elevatore dell'ano; eventuali asimmetrie del muscolo elevatore che suggeriscano una patologia neurogena o miogena; danni attinici.

L'adeguatezza dell'approccio diagnostico, anamnestico e semeiologico, al disturbo orgasmico indirizzerà in modo ottimale la scelta di eventuali esami strumentali e la strategia terapeutica, medica, psicosessuale o relazionale.

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore, sono tra i più frequenti e meno diagnostici disturbi algici in ambito pelvico. Il ginecologo è il medico con la massima probabilità di fare una diagnosi etiologica adeguata, perché possiede il bagaglio più completo di conoscenze fisiopatologiche necessarie per la diagnosi differenziale.

Dispareunia

PREVALENZA. La dispareunia colpisce il 12% delle donne in età fertile, fino al 31% di quelle in postmenopausa. Nonostante l'alta prevalenza del disturbo, quasi tutti gli studi si sono concentrati sugli aspetti psicodinamici e relazionali, e solo recentemente la dispareunia ha ricevuto una crescente attenzione medica da parte dei clinici.

EZIOLOGIA. In relazione alla *sede del dolore*, distinguiamo tre tipi di dispareunia:

- 1) introitale o superficiale
- 2) medio-vaginale
- 3) profonda

- 1) Cause *dispareunia superficiale introitale e medio-vaginale*
- **Biologiche** (**TABELLA 47.7**)
 - *ormonali* (perdita di estrogeni e di androgeni),

- con conseguenti distrofie vulvo-vaginali;
- *psicosessuali* (vaginismo; disturbi dell'eccitazione, perdita di desiderio);
 - *infiammatorie* (vaginite, vestibolite/vulvodinia, cistite post-coitale, secondaria al trauma "meccanico" del rapporto quando l'eccitazione è scarsa, quando l'elevatore dell'ano è teso e contratto e quando l'ipoestrogenismo aumenta la vulnerabilità della vescica; il ruolo chiave del mantenimento dell'infiammazione e della cronicizzazione del dolore spetta al mastocita);
 - *muscolari* (ipertono, mialgia tensiva del pavimento pelvico);
 - *iatrogeni* (effetti collaterali della chirurgia perineale e della chirurgia pelvica);
 - *neurologiche* (neuropatie sistemiche e periferiche);
 - *connettivali e immunitarie* (sindrome di Sjögren);
 - *vascolari* (sia per effetto di fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, che possono causare difficoltà di eccitazione con conseguente secchezza vaginale, sia per più drastici danni vascolari iatrogeni, ad esempio in corso di radioterapia pelvica);
 - *neuropatiche* in cui dal punto di vista eziopatologico è in gioco una particolare vulnerabilità dei sistemi del dolore periferici e centrali che vengono iperattivati dal fattore di crescita dei nervi (Nerve Growth Factor, NGF), prodotti dal mastocita iperattivo in caso di infiammazione cronica. In tali casi il dolore si evolve da "nocicettivo", e quindi indicativo di un danno in corso da cui l'organismo è indotto a difendersi, a "neuropatico" in cui il dolore si genera all'interno delle vie e dei centri del dolore. Questo aspetto sta emergendo come fattore principe nella cronicizzazione e nella difficile curabilità di molte sindromi algiche croniche tra cui la dispareunia da vestibolite vulvare e vulvodinia.
 - **Fattori psicosessuali e relazionali** possono contribuire al persistere e all'aggravarsi della percezione del dolore, e al peggioramento della dispareunia stessa, attraverso l'ansia, la depressione, l'inibizione dell'eccitazione e della lubrificazione, la tensione fisica ed emotiva, che si somatizza anche in un ulteriore ipertono difensivo del muscolo elevatore dell'ano.
- 2) Cause di *dispareunia profonda*
- endometriosi
 - malattia infiammatoria pelvica (PID)

TABELLA 47.7 ►►► PRINCIPALI CAUSE BIOLOGICHE DELLA DISPAREUNIA

Introitale e medio-vaginale

- Vestibolite vulvare/vulvodinia
- Ormonale/ distrofica
- Infiammatoria (vaginiti)
- Muscolare
- Iatrogena
- Traumatica
- Neurolologica
- Vascolare
- Connnettiva e immunologica

Profonda

- Endometriosi
- Malattia infiammatoria pelvica (PID)
- Dolore pelvico cronico (CPP)
- Varicoele
- Esiti di radioterapia pelvica
- Dolore riferito da mialgia

- dolore pelvico cronico
- il varicoele pelvico
- dolori riferiti, soprattutto a genesi mialgica da trigger points, specie sul muscolo elevatore dell'ano
- esiti di radioterapia
- sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES, Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) e pelvici.

Le prime tre sono le più frequenti.

SEMEIOLOGIA E DIAGNOSI. *Sede e caratteristiche del dolore, e caratteristiche di comparsa del medesimo*, sono i fattori predittivi più importanti della eziologia organica della dispareunia. Anamnesi accurata ed esame obiettivo attento a diagnosticare e descrivere accuratamente la "mappa del dolore" sono essenziali per la diagnosi. Il ginecologo è il medico con la maggiore competenza per diagnosticare accuratamente l'eziologia organica della dispareunia.

Un'accurata anamnesi deve indagare:

- *dove la signora prova dolore*: se in sede *introitale* (vestibolite/vulvodinia, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraianti, esiti iatrogeni di chirurgia vaginale; *medio vaginale-laterale* (ipertono dell'elevatore fino a mialgia con tender e/o trigger points); *medio vaginale-anteriore* (cistalgia, trigonite, uretrite); *introitale e medio-vaginale posteriore* (ragadi,

- esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo) o *vaginale profonda* (endometriosi, PID, dolori riferiti etc);
- quando prova dolore: se al momento dell'inizio della penetrazione (tutte le cause di dolore introitale summenzionate) o a penetrazione completa (verificare anche cause profonde di dispareunia e qualità dell'eccitazione);
- quanto a lungo prova dolore: se solo durante il coito oppure anche dopo il rapporto, fino a due, tre giorni dopo o più. Questo sintomo che, insieme alla sede introitale del dolore, suggerisce immediatamente la presenza di vestibolite vulvare/vulvodinìa, a genesi molteplice: infiammatoria - da *Candida*, vaginosi batterica inclusa *Gardnerella*, HPV, meccanica, da ipertono elevatore e microtrauma della mucosa dell'introito vaginale quando il rapporto avviene in condizioni di scarsa/assente lubrificazione; psicosessuale - da blocco riflesso della lubrificazione a causa del dolore e/o della fobia associata all'idea della penetrazione;
- quali sono i sintomi associati: a) urinari (con stimolo minzionale post-coitale, presente nell'80% dei casi, fino a franche cistiti post-coitali); b) intolleranza alla frizione sui vestiti o stimolazioni manuali durante il petting; c) intolleranza all'inserimento di un tampone per la protezione intima mestruale (in circa il 30% dei casi): sintomo suggestivo di un ipertono dell'elevatore, che può predisporre alla dispareunia anche le ragazze che non abbiano ancora avuto rapporti sessuali; d) comparsa di dolore con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica (90% dei casi) che rappresenta quindi uno strumento diagnostico cardinale nella maggioranza delle pazienti.

L'esame obiettivo, finalizzato a riconoscere la "mappa del dolore", consente di completare la diagnosi e di definire l'eziologia, la prognosi e la terapia della dispareunia, con variabile risoluzione del sintomo a seconda della eziologia, di altri sintomi sessuali associati, della durata e del significato del sintomo, nonché delle implicazioni relazionali, prima di una efficace presa in cura.

Vaginismo

Prevalenza ed eziologia

Il vaginismo interessa probabilmente lo 0,5-1% della popolazione.

L'ultima definizione di vaginismo (2004) raccomanda di escludere le cause relative ad anomalie anatomiche, perché queste rientrerebbero nel capito-

lo delle cause biologiche di dispareunia.

- Cause **biologiche** di *vaginismo primario* ossia presente fin dall'inizio della vita sessuale, vanno inclusi due fattori:
 - la **fobia della penetrazione**: lungi dall'essere solo un problema "psicologico", la fobia ha una solida base neurobiologica. La lettura neurobiologica del disturbo consente di comprendere meglio l'indicazione all'uso di farmaci (SSRI e ansiolitici) che attenuino il terremoto neurovegetativo e la sofferenza psichica associati alla fobia stessa;
 - l'**ipertono miogeno** del muscolo elevatore: lo studio elettromiografico e l'esperienza clinica dell'Autrice indicano come un sottogruppo di pazienti presenti un ipertono molto elevato del muscolo elevatore, ("ipertono miogeno") anche con modesta fobia della penetrazione, che appare essere reattiva al dolore. Si tratta di ipertoni resistenti alle convenzionali terapie sessuologiche e riabilitative, incluso il biofeedback elettromiografico, e che richiedono iniezioni periodiche di tossina botulinica, in associazione al trattamento standard, per essere migliorate e consentire la penetrazione. Tali ipertoni severi, ancora poco studiati nella genesi e nelle implicazioni di comorbilità, anche ostetriche, possono cointroindicare il parto per via vaginale, in quanto richiedono episiotomie allargate, e spesso comportano parti operativi ed esiti traumatici per madre e bambino.

Alcuni Autori attualmente suggeriscono di considerare come *entità nosografica a sé solo il vaginismo primario*, in cui la risposta muscolare di contrazione riflessa avverrebbe in assenza di qualsiasi causa biologica di dolore introitale, e di inserire invece il vaginismo secondario nel più grande capitolo della dispareunia. In realtà, anche il vaginismo primario ha solide basi biologiche, oltre che psicogene. Sono necessari ulteriori studi per differenziare e caratterizzare meglio i diversi sottotipi di vaginismo, che hanno probabilmente eziologie molteplici e richiedono approcci terapeutici molto diversificati.

Il consiglio pratico, in caso di vaginismo, è di visitare la donna accuratamente – e con delicatezza – così da avere una diagnosi articolata sia sul fronte biologico, sia su quello psicosessuale.

- Cause **psichiche** di vaginismo primario sono molto più frequenti:
 - stimoli negativi associati alla sessualità e, in particolare, alla penetrazione;
 - tabù e inibizioni educative cui spesso si associa una sopravvalutazione della verginità;
 - pregresse violenze o molestie sessuali;
 - paura della gravidanza e del parto, l'aver udito

- racconti drammatici relativi al primo rapporto, alla perdita di sangue, al dolore, al parto;
- paura dell'aggressività sessuale, spesso condivisa dal partner.

Ne deriva un consiglio pratico fondamentale: la difficoltà (o l'impossibilità) ad avere rapporti va sempre analizzata *studiando la coppia* e non il solo, dei due, che sembra avere il problema. Nella coppia esiste spesso un “*induttore*” del sintomo e un “*portatore*” del medesimo; i vantaggi secondari della non consumazione (tra i quali, ad esempio, il tenere bassa l'ansia sessuale) possono indurre inconsciamente la coppia a mantenere il sintomo o a spostarlo dall'uno all'altro partner, con forma diversa.

Diagnosi

La gravità del vaginismo è valutabile con due parametri: l'intensità dello spasmo muscolare, che viene descritta in quattro gradi (**TABELLA 47.8**), e l'intensità della fobia, che può essere lieve, moderata o grave. Il vaginismo di I e II grado rende possibile la penetrazione, che è tuttavia dolorosa: in tal caso il vaginismo diventa causa di dispareunia. Nel vaginismo di III e IV grado, invece, lo spasmo muscolare è così serrato da rendere impossibile il coito. Il vaginismo è infatti la causa femminile più frequente di matrimonio non consumato (MNC).

Purtroppo, raramente la paziente vaginistica riceve la diagnosi corretta. Il ginecologo si limita troppo spesso ad un generico: “È stretta, nervosa. Si rilassi. Prenda un ansiolitico.” Ugualmente inutile è il parcheggiare la paziente e la coppia in lunghe psicoterapie “generiche”, senza che il problema venga affrontato nella sua dimensione corporea, oltre che psicodinamica.

L'interlocutore migliore della donna affetta da vaginismo (e quindi della coppia “bianca”) è un ginecologo (o ginecologa) con una formazione sessuologica che sappia:

- riconoscere il problema, ascoltando con cura le parole della paziente e osservandone il comportamento di evitamento nei confronti della visita, in genere accompagnato da ansia generalizzata;
- valutarne la gravità;
- effettuare una terapia medica e sessuologica adeguata, di tipo comportamentale, in cui vengono integrati aspetti educazionali, psicodinamici, riabilitativi, farmacologici e relazionali.

■ RELAZIONE DI COPPIA

Un terzo aspetto importante della sessualità riguarda la relazione di coppia, omo- o eterosessuale, al-

TABELLA 47.8 ►►► VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DEL VAGINISMO

Gradi	
I	Spasmo dell'elevatore dell'ano, che scompare con la rassicurazione
II	Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica
III	Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica
IV	Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione
XO	Rifiuta la visita

Modificata da Lamont J.A., Am. J. Obst. Gyn. 131,632,1978

l'interno della quale si manifesta la sessualità adulta.

Il medico, abituato a rapportarsi al singolo e unico paziente, deve tener presente che la sessualità adulta è (quasi) sempre in rapporto a qualcuno, la cui presenza – reale e simbolica – può rivelarsi critica per la comprensione del problema portato in consultazione.

Nella coppia, esistono spesso un “induttore” e un “portatore” del sintomo, al punto che a volte il coniuge che lamenta il problema è solo la voce con cui l'altro esprime il proprio disagio. Si pensi, ad esempio, alla caduta di desiderio, nella donna, per persistenti deficit di erezione del partner, oppure per la mancanza di dialogo o di intimità emotiva; o, ancora, alle anorgasmie coitali in donne il cui partner è in realtà ejaculatore precocissimo. Sono quindi importanti *l'attenzione alle dinamiche di coppia, alla qualità dell'intimità, dell'intesa erotica e della soddisfazione in entrambi i partner*.

■ ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

La terapia dei disturbi sessuali femminili (FSD), coerentemente alla diagnosi, sarà orientata in modo multifattoriale (biologico, psicosessuale e relazionale) e multisistemico. Essa richiede pertanto un gruppo di lavoro multidisciplinare, così da poter personalizzare il trattamento con equilibrio di sguardo clinico tra fattori biologici, psicologici e relazionali.

La prognosi è migliore quando l'etiologia sia prevalentemente biologica e secondaria ad alterazione dei profili ormonali sistematici e/o locali. Verranno qui brevemente esaminate solo le principali opzioni terapeutiche mediche dei FSD, nella loro applicazione clinica di primo livello, mentre si rimanda a testi specifici per le terapie più complesse di tipo psicologico e sessuale.

La co-morbilità tra differenti FSD è frequente nelle eziologie di tipo biologico data la natura sistematica dell'azione endocrina. L'aiuto che il ginecologo può offrire quando la diagnosi comprenda una causa biologica verrà quindi analizzata con la prospettiva del tipo di opzione terapeutica prescelta.

Terapie mediche

Terapie ormonali

■ Locali

- Le terapie locali vaginali con *estrogeni* possono migliorare trofismo e lubrificazione vaginale, con parallelo abbassamento del pH e conseguente ripristino del normale ecosistema. Si possono utilizzare cps vaginali di estradiolo, estriolo vaginale in crema o tavolette; estrogeni sintetici come il promestriene; estrogeni naturali coniugati vaginali, in crema, che richiedono un'associazione periodica con progestinico, se la donna non è isterectomizzata, per il rischio di assorbimento e stimolazione endometriale.
- La terapia topica a base di *testosterone propionato* in vaselina filante al due per cento, prodotto galenico preparato dal farmacista su prescrizione medica. La pomata viene applicata in minima quantità sui genitali esterni tutti i giorni per due-tre mesi, fino al ripristino di una normale eccitazione genitale clitoridea e vulbovestibolare, per continuare poi con terapia di mantenimento. Non va somministrata in età fertile se non in corso di contraccuzione ormonale.

■ Sistemiche

- Terapie sistemiche con *estrogeni* possono migliorare l'eccitazione centrale e, soprattutto, periferica, genitale e non genitale.
- Terapie sistemiche con *androgeni* possono costituire un'adeguata terapia in caso di ovariectomia bilaterale. In Italia le opzioni farmacologiche includono:
 - 1) il cerotto al testosterone, approvato nel 2007 per le donne in menopausa chirurgica che lamentino disturbo del desiderio sessuale ipoattivo (HSDD). Il cerotto, che libera 300 mcg al giorno di testosterone bioidentico (ossia analogo al testosterone prodotto dall'ovaio), ripristina livelli di testosterone nel range fisiologico della donna in età fertile. Il cerotto va applicato sulla cute, per esempio addominale, e cambiato due volte la settimana. Il miglioramento sessuale richiede 6-8 settimane per essere clinicamente apprezzabile, in quan-

to è necessaria un'attivazione complessa neurobiologica, vascolare e tissutale, dopo mesi o anni di carenza androgenica iatrogena (postovariectomia bilaterale). Il beneficio si manifesta con un miglioramento significativo del desiderio sessuale, dell'eccitazione mentale e fisica, dell'orgasmo e dell'immagine corporea; con un aumento della frequenza dei rapporti sessuali; con riduzione dell'ansia sessuale e del distress, prima causato dall'HSDD. Negli studi di clinici gli effetti collaterali (acne, ipertricosi/irsutismo, alopecia androgenetica, abbassamento della voce) sono sovrapponibili a quelli del gruppo placebo.

- 2) il deidroepiandrosterone enantato, 200 mg, in combinazione con l'estriolo valerato, 4 mg, è da decenni disponibile in fiale per uso intramuscolare, una volta al mese. È indicato nelle donne con menopausa chirurgica, che non usino il cerotto al testosterone.
- 3) Il tibolone e le combinazioni estroprogestinici con progestinici di derivazione androgenica (norestisterone) presentano un profilo d'azione favorevole al miglioramento della risposta sessuale in postmenopausa.

Farmacologiche non ormonali

■ Topiche

- Terapie topiche con varie combinazioni di principi attivi presentano discontinue valutazioni in letteratura;

■ Sistemiche

- Terapie orali con flibanserina, farmaco attivo sulle vie dopaminerigiche, sembrano promettenti. Tuttavia questo prodotto non ha ancora ricevuto l'approvazione dall'FDA al momento della scrittura del capitolo (giugno 2010).
- Il sildenafil ha dato risultati positivi, in campioni di donne ben selezionate, con disturbo specifico e selettivo dell'eccitazione. Richiede tuttavia la presenza di un buon desiderio sessuale, che spesso manca nella donna.

Riabilitative

■ Vasoattive meccaniche

Nelle forme di comorbidità associate a difficoltà di eccitazione e di orgasmo si è dimostrato utile anche l'unico apparecchio finora approvato dall'FDA, l'Eros Clitoral Device (Eros-CTD), che può migliorare in modo significativo l'eccitazione genitale e la capacità orgasmica.

■ Antalgiche

La correzione delle cause di dolore è parte inte-

grante della terapia dei disturbi dell'eccitazione così come della comorbilità con disturbi del desiderio e dell'orgasmo. Un accurato esame del pavimento pelvico e dei muscoli perineali è essenziale, così come educare la paziente ad eseguire correttamente e quotidianamente esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico atti a ripristinare l'elasticità muscolare e conseguentemente mantenere l'abitabilità vaginale.

DISPAREUNIA INTROITALE. In tali pazienti è indispensabile la rimozione di eventuali fattori favorenti, precipitanti o promozionali di tipo infettivo (specie da *Candida*), flogistico, microtraumatico, distrofico, ormonale, iatrogeno nonché psicosessuale e relativo ad inadeguati stili di vita. L'obiettivo è la riduzione di tutti i fattori agonisti che attivino la degranulazione del mastocita iperattivato e concorrono così a mantenere uno stato tissutale di infiammazione cronica, che a sua volta alimenta e mantiene il dolore. A quel punto la terapia riabilitativa prevede:

- massaggi e stretching vaginale per migliorare il rilassamento muscolare, la vascolarizzazione e la elasticità tissutale, effettuati dalla paziente stessa, dalla fisioterapista e/o dall'ostetrica con una formazione in quest'ambito;
- riabilitazione dei muscoli perivaginali, con esercizi di Kegel o biofeedback elettromiografico. Esso può migliorare la sensibilità vaginale e l'eccitazione fisica, e ridurre le cause riflesse di inibizione dell'eccitazione in caso di incontinenza, per la paura di perdere urina, soprattutto con l'orgasmo;
- dilatatori vaginali, dopo massaggi con applicazione di olio di iperico o gel vaginale a base di aliamidi;
- lubrificanti vaginali per facilitare la penetrazione;
- specifiche terapie antalgiche (farmacologiche, con gabapentin o pregabalin; con elettroanalgesia; e/o con blocco selettivo del ganglio di Walter) sono indicate quando il dolore della disparesunia introitale, in genere secondario a vestibolite vulvare/vulvodynìa, vira da nocicettivo a neuropatico.

DISPAREUNIA PROFONDA. In caso di disparesunia profonda da:

- malattia infiammatoria pelvica (PID) è indicato il trattamento antibiotico della flogosi;

- endometriosi, associata o meno a dolore pelvico cronico, è indicato il trattamento medico con progestinici o estroprogestinici in continua; con amitriptilina e farmaci antalgici; con terapia chirurgica in caso di non responsività alla terapia medica e/o di complicanze; con neurectomia presacrale in caso di dolore resistente a tutti gli approcci precedenti;
- altre cause meno frequenti è indicato un approccio specialistico.

VAGINISMO. In caso di vaginismo:

- l'uso di ansiolitici e di SSRI è indicato nelle forme a forte componente fobica;
- la terapia con tossina botulinica di tipo A, iniettata periodicamente (ogni 3 mesi circa) a livello del muscolo elevatore, è indicata in caso di ipertono miogeno-resistente alla terapia riabilitativa. Tale terapia è ancora (nel 2010) considerata sperimentale; può essere effettuata da medici qualificati, in gruppi ben selezionati di pazienti, dopo accurato consenso informato.

Scopo della riabilitazione è mirare a risolvere i problemi fisici conseguenti al dolore coitale e i problemi psicoemotivi correlati, concorrendo a modificare la geografia inconscia del corpo, che si modifica progressivamente quando il coito è impossibile e/o caratterizzato da dolore.

In parallelo, se indicato, un aiuto psicoterapeutico può aiutare la donna e il partner a ritrovare un'intimità erotica soddisfacente.

Terapie psicosessuali, individuali e/o di coppia

Le cause psicosessuali, personali e relazionali richiedono un approccio psicoterapeutico individuale e/o di coppia, sessuologicamente orientato. La presenza di problemi sessuali del partner, induttori di disturbi di cui la donna si fa poi portatrice, andrà invece trattata in sinergia con l'uro-andrologo.

Anche l'approccio psicoterapeutico richiede sempre un'approfondita indagine diagnostica. Non è accettabile che il/la paziente o la coppia vengano parcheggiati per mesi o anni in terapie di tipo psicodinamico, senza che vengano diagnosticati e trattati eventuali fattori o cofattori di tipo biologico. Per questo è essenziale che i disturbi sessuali vengano affrontati con un approccio multidisciplinare.



SINTESI ESSENZIALE

- I disturbi dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia meritano piena attenzione clinica, in quanto incrinano la qualità della vita e riducono la pienezza della salute psicofisica.
- Un'anamnesi accurata, volta a definire le principali caratteristiche del disturbo – primario o secondario, generalizzato o situazionale, a eziologia organica, psicogena o mista – e l'entità del “distress” causato dal disturbo stesso sono essenziali per orientare l'approfondimento diagnostico.
- Un'accurata semeiologia, purtroppo trascuratissima in sessuologia, integrerà le informazioni ottenibili a livello biochimico e strumentale. L'esame obiettivo è essenziale sia per diagnosticare le cause biologiche dei diversi disturbi, sia le comorbilità.
- È necessario considerare sempre il possibile ruolo favorente e/o precipitante di parallele malattie sistemiche e/o disfunzioni sessuali nel partner. La consu-
- lenza uroandrologica, con le eventuali terapie, diventa parte integrante di un approccio terapeutico che guardi alla coppia come unità funzionale o disfunzionale.
- È importante considerare la qualità dell'intimità emotiva, che può interferire con la soddisfazione sessuale anche in presenza di una buona normalità strettamente biologica e il significato che la sessualità – o una sua perturbazione – ha per la donna e per la coppia.
- Il risultato più soddisfacente si ottiene quando il medico è in grado di diagnosticare correttamente la complessità eziologica dei disturbi sessuali femminili, maggiore quanto più il disturbo è cronico. Per questo, anche in sessuologia medica, è essenziale una diagnosi precoce, multifattoriale e multisistemica, che sola può orientare la terapia in modo curativo, e non solo sintomatico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Al-Azzawi F., Bitzer J., Brandenburg U., Castelo-Branco C., Graziottin A., Kenemans P., Lachowsky M., Mimoun S., Nappi R., Palacios S., Schwenkhagen A., Studd J., Wylie K., Zahradnik H-P. (FSD Education Team). *Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction climacteric.* 13 (2): 103-20, 2010.
- Bachmann G., Bancroft J., Braunstein G et al. FAI: the *Princeton Consensus Statement on Definition, Classification and Assessment.* Fert. Ster. 77: 660-665, 2002
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Graziottin A. et al. *Revised definitions of women's sexual dysfunctions.* J Sex Med 1:40-48, 2004
- Dennerstein L, Alexander J.L, Graziottin A. *Sexual desire disorders in women* in: Porst H, Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine), Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p. 315-319, 2006 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A. (Eds). *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment.* Taylor and Francis, London, UK, 2006
- Graziottin A. *Breast cancer and its effects on women's self-image and sexual function* in: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A. (Eds), Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment, Taylor and Francis, London, UK, p. 276-281, 2006
- Graziottin A. *Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorders* in: Porst H, Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine), Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p. 351-361, 2006 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Graziottin A. *Mast cells and their role in sexual pain disorders* in: Goldstein A, Pukall C, Goldstein I. (Eds), Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management, Blackwell Publishing 2009, p. 176-179
- Graziottin A., Dennerstein L., Alexander J.L., Giraldi A., Whipple B. *Classification, etiology, and key issues in female sexual disorders* in: Porst H, Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p.305-314, 2006 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Graziottin A., Rovei V. *Sexual pain disorders* in: Owens A.F. Tepper M.S. (Eds), Sexual Health, Praeger, Westport (CT, USA) - London (UK), , p. 287-313, 2007 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Pallavi-Latthe A. *Factors predisposing women to chronic pelvic pain: a systematic review.* Br Med J; 332:749-55; 2006
- Plaut M., Graziottin A., Heaton J. *Fast Facts: Male and Female Sexual Dysfunctions.* Oxford, UK Health Press, 2004

TEST DI AUTOVALUTAZIONE

- 1) L'identità sessuale si compone di:**
- a) identità di genere
 - b) identità di ruolo
 - c) identità di metà (o orientamento)
 - d) tutte e tre
- 2) I disturbi dell'identità sessuale (disforie di genere) sono:**
- a) più frequenti nelle donne
 - b) più frequenti negli uomini
 - c) ugualmente frequenti in entrambi i sessi
 - d) più gravi nelle donne
- 3) L'ormone più potente nell'attivare il desiderio sessuale nella donna è:**
- a) il progesterone
 - b) il testosterone
 - c) l'estrogeno
 - d) la prolattina
- 4) Il sintomo più frequente di inadeguata eccitazione sessuale femminile è:**
- a) la facilità alla distrazione mentale durante il rapporto
 - b) la secchezza vaginale
 - c) la difficoltà a raggiungere l'orgasmo
 - d) il dolore durante il rapporto
- 5) L'orgasmo può essere inibito da farmaci:**
- a) antidepressivi della famiglia degli SSRI e triclici
 - b) ipoprolattinemizzanti
 - c) ipotensivi
 - d) ipoglicemizzanti orali
- 6) L'invecchiamento genitale:**
- a) non modifica la capacità orgasmica della donna
- 7) La causa più frequente di dispareunia superficiale cronica in età fertile è:**
- a) l'episiotomia/rrafia
 - b) la secchezza vaginale
 - c) la distrofia vulvare
 - d) la vestibolite vulvare/vulvodinìa
- 8) La causa più frequente di dispareunia medio-vaginale è:**
- a) una episiotomia pregressa
 - b) la secchezza vaginale
 - c) la distrofia vulvare
 - d) la mialgia dell'elevatore dell'ano
- 9) Le cause più frequenti di dispareunia profonda in età fertile è:**
- a) la malattia infiammatoria pelvica
 - b) l'endometriosi
 - c) il varicocele
 - d) il dolore pelvico cronico
- 10) Il vaginismo è la causa femminile principale di:**
- a) dispareunia
 - b) matrimonio non consumato
 - c) ejaculazione precoce
 - d) crisi coniugali