Il vaginismo - 1: Che cos'Ã¨ e quali sono i sintomi

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

Introduzione

Il vaginismo è un disturbo sessuale caratterizzato da una contrazione difensiva involontaria dei muscoli che circondano la vagina e da una variabile fobia della penetrazione. A seconda del livello di gravità, la penetrazione risulta dolorosa o impossibile.

In questa prima scheda illustriamo:

- le caratteristiche generali del vaginismo;
- i sintomi principali e secondari;
- i sintomi precoci.

Nelle schede successive prenderemo in considerazione:

- le cause biologiche, psicosessuali personali e di coppia;
- come si dovrebbe svolgere la visita medica;
- come si arriva a una diagnosi corretta e alla conseguente prognosi;
- come la donna può contribuire alla riuscita del consulto;
- le terapie a livello sessuologico, farmacologico ed eventualmente psicodinamico;
- il ruolo del partner per la soluzione positiva del problema;
- le prospettive di guarigione;
- l'effetto della guarigione sulla vita della donna e della coppia;
- gli errori da non commettere quando si scopre di soffrire di questo disturbo.

La vostra voce - "Che cosa si prova": i sintomi

Ho 34 anni e non sono mai riuscita ad avere un rapporto sessuale, pur essendo sposata da cinque anni. Ho la sensazione di avere un muro "lì"...

Ci siamo sposati vergini, perché siamo tutti e due credenti. Tra me e mio marito c'è un amore grande... Eppure il nostro viaggio di nozze è stato una tragedia. Nel momento del rapporto, così desiderato da tutti e due, a me è preso il panico. Mio marito si è bloccato. Ci abbiamo riprovato, stesso terrore. Perché il nostro amore non basta a risolvere questo problema?

Mia figlia ha 12 anni e non riesce ad usare l'assorbente interno: le fa troppo male... Non è che questa difficoltà è una spia di possibili problemi sessuali futuri?

Ho provato ad avere rapporti, quattro anni fa, ma ho sentito un dolore tremendo, come una coltellata. Dopo tre tentativi, abbiamo lasciato perdere, tanto è stato l'avvilimento per tutti e due. Anche adesso, alla sola idea, mi prende un'angoscia terribile, mi manca l'aria. L'idea dei rapporti è diventata un incubo. Non riesco nemmeno a farmi visitare dal ginecologo. Ma adesso vorremmo tanto un figlio...

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

Che cos'è il vaginismo?

Il vaginismo è un disturbo sessuale caratterizzato da una contrazione muscolare riflessa, e quindi involontaria, dei muscoli che circondano la vagina, e da paura e angoscia della penetrazione, associate a variabile fobia del rapporto (Graziottin 2007). Interessa l'1% circa delle donne dopo la pubertà, una percentuale che però può salire fino al 5-7% nelle coppie sterili, indicando come queste coppie non riescano ad avere figli perché, in realtà, non hanno rapporti.

Il vaginismo è definito primario, quando è presente fin dall'inizio della vita sessuale; secondario, quando compare dopo un periodo di mesi o anni con normali rapporti sessuali (vedi Le parole del dolore).

La gravità del disturbo, e quindi la prognosi, dipendono da tre fattori principali che il ginecologo-sessuologo può valutare già durante la prima visita:

1) intensità dello spasmo muscolare, valutato in quattro gradi (vedi Valutazione clinica di gravità del vaginismo);

2) gravità della fobia (lieve, media o severa): può variare molto a seconda della situazione psichica, dei livelli di ansia e stress con cui è associata, del livello di maturazione esistenziale, della qualità del rapporto emotivo che si instaura con il partner;

3) presenza e gravità di fattori psicosessuali, personali o di coppia, che concorrano alla genesi e/o al mantenimento del sintomo (Graziottin 1988, 1995, 2004, 2005, Graziottin et Al 2004, Graziottin e Brotto 2004, Graziottin e Rovei 2007).

In base a questa valutazione si decide la terapia, che viene personalizzata per la donna e per la coppia.

Il vaginismo è la causa principale femminile di matrimonio non consumato, o matrimonio bianco (Graziottin 1988, 2004, Graziottin e Rovei 2007, Leiblum 2004), e più in generale di difficoltà ad avere rapporti sessuali completi.

Quando il vaginismo non è così severo da impedire la penetrazione, il rapporto è possibile ma causa dolore, bruciore e un senso di prurito pungente (stinging): si parla allora di dispareunia, presente fin dal primo tentativo di rapporto sessuale (Graziottin 2004, 2005, Graziottin e Rovei 2007). Nei casi più gravi, invece, la penetrazione diviene impossibile.

I ripetuti microtraumi e le microabrasioni della mucosa vaginale, causati dai tentativi di penetrazione in condizioni di secchezza vaginale, e con l'entrata vaginale "ristretta" a causa dello spasmo del muscolo che la circonda, possono poi favorire uno stato di infiammazione cronica della mucosa dell'entrata vaginale ("vestibolo"), nota come "vestibolite vulvare" (Graziottin e Brotto 2004) e caratterizzata da bruciore e rossore all'entrata della vagina e dolore ai rapporti (Engman 2007).

Naturalmente, il dolore è un'esperienza squisitamente soggettiva, composta non solo da fattori fisici, ma anche da fattori psichici. E ha molti significati:

- è un segnale del danno che il corpo ha o teme di subire;
- indica la paura con cui la donna "anticipa" la sola idea della penetrazione;
- costituisce una richiesta di aiuto lanciata verso il partner, la famiglia, il personale di assistenza.

Le parole del dolore

Vaginismo Primario

E' presente fin dall'inizio della vita sessuale: la donna non è mai riuscita ad avere un rapporto senza provare dolore. Il partner non riesce a penetrarla e percepisce un "muro" laddove ci dovrebbe essere l'entrata della vagina. La penetrazione è impossibile o estremamente difficile. E' la principale causa di matrimonio bianco, ossia non consumato. Alcune donne con vaginismo primario incontrano problemi anche con l'inserzione del tampone assorbente per la protezione mestruale periodica e durante la visita ginecologica. Di solito, nel momento in cui il tentativo di introdurre qualcosa in vagina cessa, i muscoli si rilassano e il dolore scompare. Per questo motivo, l'esame medico obiettivo può non rivelare alcun problema apparente a meno che non includa una visita accurata, attenta all'atteggiamento di allarme e di difesa generale, alla contrazione autoprotettiva del muscolo elevatore, e alla valutazione accurata dell'area pelvica.

Vaginismo secondario

Può comparire dopo mesi o anni di rapporti normali. In genere è provocato da fattori biologici (infezioni urinarie, vestibolite vulvare, dolore post parto), eventi traumatici, interventi chirurgici, problemi relazionali, cambiamenti di vita (per esempio, l'arrivo della menopausa), e soprattutto da patologie genitali e/o pelviche che provocano dispareunia e inducono uno spasmo difensivo dei muscoli perivaginali. Anche se il problema iniziale viene curato o alleviato, lo spasmo può persistere a causa di un meccanismo noto come "memoria del dolore", e la donna continua a provare difficoltà alla penetrazione.

La tendenza clinica attuale è di classificare questi casi come "dispareunia con ipertono muscolare associato", limitando la diagnosi di vaginismo alle forme primarie, ossia comparse fin dai primi rapporti e in cui sia presente anche una variabile componente fobica.

Dispareunia

Dispareunia è il termine generale che indica la presenza di dolore durante il rapporto sessuale: esso è quindi relativo al sintomo, non alle sue possibili cause. Oltre che dal vaginismo, in cui al dolore si associa la paura/fobia della penetrazione, la dispareunia può derivare da molti altri fattori curabili. I più frequenti includono: vaginiti, vestiboliti vulvari, cistiti, vulvodinìe, un imene fibroso e rigido; episiorrafie mal cicatrizzate, per quanto riguarda la dispareunia introitale o superficiale, avvertita cioè all'entrata della vagina; endometriosi e malattia infiammatoria pelvica, per la dispareunia profonda, lamentata cioè a penetrazione completa.

Apareunia

Termine medico raro, indica l'impossibilità di avere rapporti sessuali. Il vaginismo, quando impedisce completamente la penetrazione, è una forma di apareunia.

Quali sono i sintomi principali del vaginismo?

Come abbiamo già accennato, i due sintomi principali sono:

- lo contrazione involontaria dei muscoli che circondano la vagina ("muscolo elevatore dell'ano", o "pubococcigeo");
- la paura e l'angoscia della penetrazione, associate a una variabile fobia del rapporto.

Ai fini della diagnosi e della terapia, quindi, la diversa gravità del disturbo viene valutata in base

alla relazione fra due parametri (vedi Valutazione clinica di gravità del vaginismo):
a) l'intensità dello spasmo muscolare, che può assumere quattro gradi diversi;
b) l'intensità della fobia, che può essere lieve, moderata o grave.
Nel vaginismo di I e II grado, lo spasmo è moderato e la penetrazione è ancora possibile, anche se è dolorosa: si parla in questo caso di dispareunia, che normalmente tende a peggiorare con il tempo. Le microabrasioni associate al rapporto praticato in queste condizioni scatenano infatti una risposta infiammatoria cronica, con iperattività del mastocita e attivazione del sistema del dolore, contribuendo all'insorgenza della vestibolite vulvare.
Nel vaginismo di III e IV grado, lo spasmo muscolare è così serrato da rendere la penetrazione praticamente impossibile e dolorosissimo ogni tentativo in questo senso. Questo livello di vaginismo, quasi sempre primario, è la causa femminile più frequente di mancata consumazione del matrimonio, o comunque del rapporto sessuale.
L'intensità della fobia è, in genere, proporzionale alla gravità del vaginismo, quindi maggiore nel III e IV grado. Non si tratta tuttavia di una regola generale, né automatica. E' infatti possibile che una paziente presenti uno spasmo assai marcato e una fobia lieve: in questi casi, il problema può essere risolto in modo relativamente più agevole, con uno specifico trattamento farmacologico e riabilitativo.
A volte, invece, la fobia è così intensa che la donna, indipendentemente dall'entità effettiva dello spasmo muscolare, arriva persino a rifiutare la visita: in tal caso nella "stadiazione", ossia nella diagnosi del grado di gravità del vaginismo, si usa la sigla XO.
L'attacco di panico associato alla fobia è scatenato da ogni tentativo di penetrazione, e a volte dal solo pensiero di un rapporto completo. Esso comporta un picco di adrenalina che a sua volta scatena un vero e proprio terremoto neurovegetativo: compaiono allora la sudorazione fredda e profusa, la vasocostrizione periferica (che provoca brividi come di freddo), la tachicardia, la tachipnea (accelerazione del respiro), l'aumento della tensione muscolare generale che va a potenziare quella locale, a carico del muscolo elevatore. Tutti queste manifestazioni sono i "correlati somatici", ossia le espressioni fisiche dell'attacco fobico. In parallelo, la persona avverte una sensazione di paura, di angoscia, di "fame d'aria", a volte persino un senso di morte imminente.
A variare, nei diversi casi, è dunque la gravità con cui i due sintomi principali – la contrazione e la fobia – si combinano. Ad essi, come vedremo, va poi aggiunta la possibile associazione, in comorbilità, di altre condizioni cliniche, mediche e/o psicosessuali, che possono favorirli o mantenerli.

Valutazione clinica di gravità del vaginismo

I grado - Spasmo dell'elevatore, che scompare con la rassicurazione

II grado - Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica

III grado - Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica

IV grado - Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione

XO - La paziente rifiuta la visita

Il vaginismo può essere associato a fobia della penetrazione, di grado lieve, medio o severo. Può essere aggravato da altri fattori personali, relativi alla coppia o al contesto familiare o sociale.
Modificata da Lamont J.A., Vaginismus, in American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1978, 131, p. 632-636, citata in Alessandra Graziottin, Il dolore segreto, Mondadori, Milano 2005

Esistono sintomi precoci che possano far pensare a un futuro vaginismo?

Il sintomo precoce più frequente, nella ragazza adolescente, è la difficoltà ad usare gli assorbenti interni per la protezione mestruale (Graziottin 2005, Harlow 2004, Graziottin e Rovei, 2007). Se l'imene non è particolarmente spesso e fibroso, questa difficoltà può essere il semaforo rosso che indica come la ragazza possa avere una "iperattività" precoce del muscolo elevatore dell'ano, che rende difficile e/o impossibile anche l'inserimento del tampone. Si tratta dunque di un importante segnale d'allarme non solo per il vaginismo, ma anche per la dispareunia in generale, la vestibolite vulvare, la vulvodinia e le cistiti ricorrenti, specie dopo rapporto. Il vaginismo e più in generale la difficoltà ad inserire i tamponi in vagina si associano inoltre, nel 60% circa dei casi, a stipsi ostruttiva.

In positivo, una ginecologa attenta può insegnare a rilassare i muscoli perivaginali e a inserire correttamente il tampone, rispettando l'integrità dell'imene e consentendo così:

- una protezione mestruale adeguata e flessibile, a seconda delle esigenze personali o di vita (per esempio, relative alla pratica di uno sport durante i giorni del ciclo) ;
- una prevenzione tempestiva ed efficace di problemi quali il vaginismo, la dispareunia e la vestibolite vulvare (Graziottin 2005, Harlow 2004), e di tutte le correlate complicanze dell'ipertono muscolare sul fronti urologico e proctologico (vedi "Il vaginismo può presentarsi in comorbilità con altri disturbi?", in Il vaginismo – Seconda parte: da che cosa è provocato).

In sintesi: I sintomi più frequenti del vaginismo

Sintomi

- paura/fobia delle penetrazione, fino all'angoscia e all'attacco di panico
- aumento della tensione muscolare generale che va a potenziare quella genitale
- contrazione involontaria dei muscoli che circondano la vagina
- contrazione delle cosce (adduzione)- sudorazione fredda e profusa
- vasocostrizione periferica (brividi di freddo)
- tachicardia
- tachipnea (accelerazione del respiro)
- sensazione di paura e angoscia
- fame d'aria
- senso di morte imminente (raro)- atteggiamento di difesa ed evitamento ai tentativi di penetrazione
- dolore, bruciore o prurito durante il rapporto sessuale

Conseguenze esistenziali, comportamentali e sessuali

- difficoltà a usare gli assorbenti interni

- difficoltà a sottoporsi alla visita ginecologica
- penetrazione difficile o impossibile
- evitamento dell'intimità
- matrimonio non consumato
- perdita di autostima e di fiducia in sé
- depressione

NB: I sintomi variano di intensità a seconda della gravità della fobia e dell'intensità dello spasmo dei muscoli perivaginali

---

Approfondimenti generali

Graziottin A.
Il dolore segreto – Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali
Arnoldo Mondadori Editore, Milano 2005

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

Approfondimenti specialistici

Engman M. Wijma K. Wijma B. 2007
Itch and burning pain in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis
J Sex Marital Ther. 2007 Mar-Apr; 33 (2): 171-186
Graziottin A. 1988
Analfabetismo erotico e vaginismo
In Benagiano G. Pasini W. (a cura di), Attualità in biosessuologia. Le psicoterapie sessuali, Atti del IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Sessuologia Clinica, Roma, 6-8 dicembre 1986, Masson Editore, Milano, 1988, pag. 75-78
Graziottin A. 1995
Vaginismo e dispareunia
In Marandola P. (a cura di), Andrologia e Sessuologia Clinica, Edizioni La Goliardica Pavese, Pavia, 1995, pag. 247-254
Graziottin A. 2004
Il ginecologo e la dispareunia
In Leiblum S.R. e Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2004, pag. 248-267
Graziottin A. 2005

Sexual pain disorders in adolescents
In Genazzani A.R. (Ed), Proceedings of the XI World Congress of Human Reproduction, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005, pag. 434-449 (vedi testo completo nella sezione "Pubblicazioni/Articoli per atti di congressi" presente su questo sito)
Graziottin A. 2007
Vaginismo: fisiopatologia e diagnosi
in: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 374-379
Graziottin A. Bottanelli M. Bertolasi L. 2004
Vaginismus: a clinical and neurophysiological study
In Graziottin A. (Guest Editor), Female Sexual Dysfunction: clinical approach, Urodinamica 14, 117-121, 2004
Graziottin A. Brotto L. 2004
Vulvar Vestibulitis Syndrome: clinical approach
Journal of Sexual & Marital Therapy, 30, 125-139, 2004
Graziottin A. Rovei V. 2007
Sexual pain disorders
in: Owens A.F. Tepper M.S. (Eds), Sexual Health, Praeger, Westport (CT, USA) - London (UK), 2007, p. 287-313
Harlow B.L. 2004
Prevalence and Etiological Predictors of Vulvodynia: Key Preliminary Epidemiological and Microbiological Associations
Proceedings of the Meeting on "Vulvodynia and Sexual Pain Disorders in Women: A State of the Art Conference", Atlanta, Georgia (USA), October 27, 2004, pag. 10-14
Lamont J.A. 1978
Vaginismus
American Journal of Obstetrics & Gynecology, 131 (1978), 632-636
Leiblum S.R. 2004
Il vaginismo: un problema estremamente sconcertante
In Leiblum S.R. e Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2004, pag. 219-238