

# Disfunzioni sessuali e Vaginismo

Author(s): Bossini L., Koukouna D., Caterini C., Casolaro I., Pacifico C., Fagiolini A.

Affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute Mentale – Sezione Psichiatria Universitaria – Università degli Studi di Siena

## Riassunto

Le disfunzioni sessuali (DS) sono spesso sottostimate, non diagnosticate e quindi non trattate anche se la loro prevalenza nella popolazione generale appare elevata, interessando il 43% delle donne e il 31% degli uomini.

Ci siamo proposti di sottolineare l'elevata incidenza delle disfunzioni sessuali e del vaginismo nell'ambito della popolazione psichiatrica, dato il loro notevole impatto sulla qualità della vita, sulle relazioni interpersonali e sul funzionamento globale dell'individuo.

## Abstract

Sexual dysfunctions (DS) are often underestimated, not diagnosed and not treated even if their prevalence in the general population is expected to be high, affecting 43% of women and 31% of men.

We proposed to emphasize the high incidence of sexual dysfunctions and vaginismus in the context of the psychiatric population, given their significant impact on the quality of life, on interpersonal relationships and the overall operation of the individual.

## Introduzione

Le disfunzioni sessuali (DS) sono spesso sottostimate, non diagnosticate e quindi non trattate [1]. Il DSM-IV-TR classifica in maniera autonoma le Disfunzioni Sessuali (DS) identificando precisi criteri diagnostici come riportato nella Tabella 1.

### Classificazione delle disfunzioni sessuali secondo il DSM-IV-TR

1. Disturbo del desiderio sessuale
2. Disturbi dell'eccitazione sessuale
3. Disturbi dell'orgasmo
4. **Disturbi da dolore sessuale**
5. Disfunzione sessuale dovuta ad una condizione medica generale
6. Disfunzione sessuale indotta da sostanze
7. Disfunzione sessuale non altrimenti specificata

Tabella 1

### Classificazione delle disfunzioni sessuali secondo il DSM-IV-TR.

I dati riguardanti la diffusione delle DS variano notevolmente poiché spesso i pazienti non riferiscono spontaneamente le problematiche sessuali ai loro medici a causa della natura molto personale delle questioni sessuali oppure per vergogna, paura o ignoranza [1]. Nonostante ciò la prevalenza infatti delle disfunzioni sessuali nella popolazione generale appare elevata, interessando il 43% delle donne e il 31% degli uomini, essendo legata all'età e al fisiologico invecchiamento e a carattere progressivo [2]. L'obiettivo della nostra indagine è quello di sottolineare l'elevata incidenza delle disfunzioni sessuali e del vaginismo nell'ambito della popolazione psichiatrica data la stretta correlazione tra le problematiche sessuali e la sfera dell'umore ma anche gli aspetti personologici e dato il loro notevole impatto sulla qualità della vita e sulle relazioni interpersonali e quindi sul funzionamento globale dell'individuo [3].

Considerate l'importanza e la prevalenza delle disfunzioni sessuali nella popolazione generale, ci siamo proposti, presso i nostri ambulatori, di valutarne l'incidenza nella popolazione psichiatrica. Pertanto, presso la nostra Unità Operativa, nel periodo 2006-2007, sono afferiti in regime ambulatoriale, 103 soggetti (54 femmine e 49 maschi) con diagnosi di un disturbo dell'umore e/o un disturbo d'ansia, in assenza di una sottostante patologia organica che avrebbe potuto interferire con la fisiologica funzionalità sessuale [4]. A seguito della visita psichiatrica, la diagnosi effettuata seguendo i criteri del DSM-IV-TR è stata confermata mediante la Mini International

Neuropsychiatric Interview (MINI), mentre le problematiche sessuali sono state indagate per mezzo della SCID-S, versione modificata della Structured Clinical Interview for DSM-IV, che include una sessione interamente dedicata alle disfunzioni sessuali [4]. La presenza dei disturbi sessuali è stata confermata nel 77% del campione totale (79 soggetti di cui 35 femmine e 44 maschi). Dai risultati dello studio è emerso che il 59% presentava diagnosi per una riduzione del desiderio sessuale, 42% diagnosi del disturbo dell'orgasmo e un 10% difficoltà di erezione [4]. Un dato da sottolineare è che la maggior parte dei soggetti reclutati che hanno riportato una diagnosi di disfunzione sessuale è di sesso femminile.

Tra le disfunzioni sessuali femminili, il vaginismo ha un'ampia incidenza, risultando nella popolazione femminile come la causa principale di matrimonio non consumato, o matrimonio bianco [5]. Il Vaginismo è definito come un disturbo di dolore genitale, caratterizzato dalla persistente o ricorrente contrazione involontaria dei muscoli vaginali, non causata da una condizione medica generale, tale da interferire con il rapporto sessuale causando disagio e difficoltà interpersonali (Tabella 2).

Criteria diagnostici per il Vaginismo secondo il DSM-IV-TR
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ricorrente o persistente spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina, che interferisce col rapporto sessuale.</li><li>2. L'anomalia causa notevole disagio o difficoltà interpersonali.</li><li>3. L'anomalia non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (per es. <b>Disturbo di Somatizzazione</b>) e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.</li></ol>

Tabella 2

### Criteria diagnostici per il Vaginismo secondo il DSM-IV-TR.

Il Vaginismo si suddivide in quattro sottotipi:

1. *Permanente*  
(o primario); se il disturbo si è presentato sin dall'inizio dell'attività sessuale, ovvero se è sempre stato presente.
2. *Acquisito*  
(o secondario); se il disturbo si è manifestato successivamente ad una normale attività sessuale
3. *Generalizzato*  
se si presenta in ogni situazione sessuale.
4. *Situazionale*  
se il disturbo si manifesta esclusivamente in alcune situazioni sessuali o con uno specifico partner.

E' causa di dolore nello 0,5-1% delle donne fertili e nel 15-17% della popolazione trattata per dolore coitale [7,8]; l'incidenza del disturbo è del 10-15% [5]. Tali valori sono probabilmente sottostimati, dato che possono variare in relazione all'accuratezza diagnostica e in base alla disponibilità delle donne che richiedono aiuto [9]. L'incidenza del vaginismo con molta probabilità è maggiore di quanto non sia documentata [6] e spesso si associa a vissuti di paura, sentimenti di scarsa autostima e alterazione dell'immagine corporea [10].

La presenza, la gravità e l'interazione di fattori fisici, psichici e relazionali di coppia concorrono all'insorgenza e/o al mantenimento del disturbo [11,12]. La causa fisica del vaginismo potrebbe essere un ostacolo anatomico, "meccanico" alla penetrazione che può essere costituito da malformazioni congenite a livello della vagina e dell'imene (agenesia vaginale, imene particolarmente rigido, difficile da dilatare) oppure da esiti di traumatismi chirurgici [11,12].

Tra le cause psichiche legate al vaginismo si annoverano: tabù ed inibizioni educative [11,12], abusi, violenze o molestie sessuali subite, paura di deflorazione, gravidanza e di parto ed attaccamento eccessivo alla famiglia di origine [17,18,19]. In più, il 32% dei partner di donne vaginismiche, presenta disturbi sessuali quali la difficoltà a mantenere l'erezione o una eiaculazione precocissima, che spesso esprimono [17,18,19];

E' frequente la comorbilità con fobie specifiche (agorafobia, claustrofobia, ecc.), fobia di penetrazione e molto spesso con disturbi d'ansia [11], in particolare possono essere presenti veri e propri attacchi di panico situazionali con sensazione di paura, di angoscia, di "fame d'aria", a volte persino un senso di morte imminente durante o talvolta anche solo al pensiero di un rapporto completo in attesa del rapporto sessuale [13,14,15].

Dal punto di vista psicopatologico, è fondamentale porre la diagnosi differenziale con la dispareunia, una condizione clinica caratterizzata da ricorrente o persistente dolore genitale associato al rapporto sessuale in un maschio o in una femmina (criterio A DSM-IV-TR). L'anomalia causa notevole disagio o difficoltà interpersonali (criterio B) e non è causata esclusivamente da **Vaginismo** o da mancanza di lubrificazione, non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (tranne un'altra Disfunzione Sessuale), e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (criterio C).

Il vaginismo va curato a livello farmacologico, riabilitativo e sessuologico. La terapia, in particolare, è finalizzata a due obiettivi:

1. curare le cause biologiche del vaginismo;
2. rimuovere le cause psicosessuali, personali e/o di coppia che abbiano favorito la comparsa e/o il mantenimento della paura della penetrazione [11,19].

Le opzioni terapeutiche principali sono:

- - una terapia sessuale comportamentale breve, di cui fa parte il lavoro corporeo, per ridurre la tensione muscolare del pavimento pelvico, con particolare attenzione al rilassamento del muscolo elevatore [17,18,19]
- - un trattamento farmacologico personalizzato [12] mirato a ridurre la componente fobica e l'ansia.
- - psicoterapia per poter affrontare eventuali traumi che hanno contribuito all'insorgenza e/o al mantenimento del vaginismo [19].

## Conclusioni

Recentemente, l'interesse nei confronti delle disfunzioni sessuali nella popolazione generale è in continua crescita, considerato l'importante peso che tali disturbi, spesso minimizzati o sottaciuti, possono avere sulla qualità della vita del soggetto affetto, in termini di autostima, qualità delle relazioni interpersonali ed umore. Da studi recenti è risultato che le difficoltà nella sfera sessuale affliggono in maniera particolare la popolazione psichiatrica, sia come disturbo primario che come sintomo di altri disturbi. Alla luce dei risultati emersi ci è sembrato, pertanto, di notevole importanza cominciare a prestare una maggiore attenzione a tale problema, ricercandone di proposito la presenza durante la visita presso i nostri ambulatori, attraverso un approfondimento anamnestico mirato. Inoltre, considerata anche la maggior incidenza di questo tipo di disordini nei soggetti di sesso femminile, ci siamo proposti di elaborare, nel prossimo futuro, un protocollo di studio appositamente dedicato alla valutazione del vaginismo, patologia considerata rara rispetto ad altri disturbi e per questo frequentemente sottovalutata in ambito specialistico e non. Prestare attenzione a tali problematiche dovrebbe divenire un'operazione routinaria in ambito clinico vista la frequenza con cui si presentano ed il loro grande potere di peggiorare enormemente la qualità della vita.

## Bibliografia

1. Montejo-Gonzales AL, Lorca G, Izquierdo JA et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline and fluvoxamine in a prospective, multi center and descriptive clinical study of 344 patients. *J sex Ther* 1997; 23: 176-194
2. **Walsh KE, Berman JR.** Sexual dysfunction in the older woman: an overview of the current understanding and management. **Drugs Aging.** 2004;21(10):655-75
3. **Rosen RC.** Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. **Curr Psychiatry Rep.** 2000 Jun;2(3):189-95).
4. **Bossini L,** Fagiolini A., Valdagno M., **Polizzotto NR,** **Castrogiovanni P.** Sexual disorders in subjects treated for mood and anxiety diseases. **J Clin Psychopharmacol.** 2007 Jun;27(3):310-312.
5. **Pacik PT.** Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. **Aesthetic Plast Surg.** 2011 Dec;35(6):1160-1164. Epub 2011 May 10.
6. Leiblum SR, Rosen RC. Principles and practice of sex therapy, (3<sup>rd</sup> ed.), Guilford Press, New York
7. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999, 281:537-544
8. Graziottin A. Sexuality in postmenopause and senium. In: Lauritzen C, Studd J, (Eds) Current management of the menopause. Martin Duniz, London, UK, 2004, pp. 185-203
9. Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:191-208, 2000
10. **Nobre PJ,** **Pinto-Gouveia J.** Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. **J Sex Marital Ther.** 2008;34(4):325-42).
11. Graziottin A, Rovei V. Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia. In: Jannini EA, Lenzi A, Maggi M (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382
12. Plaut M, Graziottin A, Heaton J. Sexual dysfunction, Health Press, Oxford, UK, 2004
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-IV-TR. 4th ed. Text Revision. American Psychiatric Association Press, Washington, DC, 2000
14. Harrison CM. Le vaginisme, *Contraception Sex Fertil* 1996; 24: 223-238
15. Leiblum SR. Il vaginismo: un problema estremamente sconcertante
16. 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; 219-238
17. Pukall C, Lahaie M. and Binik Y. Sexual pain disorders: etiologic factors. In: Goldstein I. et Al. (Eds), Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment, Taylor and Francis, UK 2006, 236-244
18. Reissing ED et al. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther* 2003, 29: 47-59
19. Graziottin A. 2004 Sessuologia medica: maschile e femminile
20. in: Di Renzo G.C. (a cura di), Ginecologia e Ostetricia, Verduci Editore, Roma, 1462-1492, 2005
21. Lamont JA. Vaginismus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 131 (1978), 632-636
22. Lucii C. Un modello di cura collaborativa dei disturbi psichici nella comunità. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2010; vol.1.