

Diagnosi dei disturbi centrali e periferici dell'eccitazione: il ruolo del ginecologo

R.E. NAPPI, F. FERDEGHINI, F. ALBANI, F. POLATTI

RIASSUNTO: Diagnosi dei disturbi centrali e periferici dell'eccitazione: il ruolo del ginecologo.

R.E. NAPPI, F. FERDEGHINI, F. ALBANI, F. POLATTI

L'eccitazione sessuale è un passaggio critico nel ciclo della risposta sessuale femminile che è "a ponte" tra la motivazione e lo stato genitale attivato che porta alla formazione della piattaforma orgasmica. L'eccitazione è un mix di sensazioni soggettive fisiche e mentali di eccitamento sessuale e della consapevolezza oggettiva di sensazioni non-genitali e genitali dovute all'inturgidimento vulvo-vaginale ed alla lubrificazione. L'obiettivo diagnostico del ginecologo è quello di distinguere chiaramente tra cause biologiche e aspetti psico-relazionali dei disturbi dell'eccitazione sessuale femminile al fine di mettere in atto strategie terapeutiche adeguate.

SUMMARY: Diagnosis of central and peripheral arousal disorders: the role of the gynecologist.

R.E. NAPPI, F. FERDEGHINI, F. ALBANI, F. POLATTI

Sexual arousal is a critical step in women's sexual response cycle and it represents "a bridge" between desire and the genital active state leading to orgasmic platform. Arousal is a mixture of subjective physical and mental feelings of sexual excitement and of objective awareness of non-genital and genital sensations due to vulvo-vaginal engorgement and lubrication. The gynaecologist has the task to clearly recognize biological factors and psychorelational aspects involved in the etiology of female sexual arousal disorder in order to establish adequate therapeutic strategies.

KEY WORDS: Eccitazione mentale - Congestione genitale - Lubrificazione - Anamnesi sessuale.
Mental arousal - Genital congestion - Lubrication - Sexual history.

Introduzione

Una normale funzione sessuale è garantita dall'integrità dei substrati nervosi e muscolari, dei circuiti vascolari, dell'ambiente ormonale e dei meccanismi modulatori che agiscono sulle strutture corticali e ipotalamo-limbiche. Un'alterazione dei circuiti centrali e periferici coinvolti nel ciclo della risposta sessuale può essere alla base delle disfunzioni sessuali femminili (DSF) che includono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo ed i disturbi dolorosi. Il periodo della vita riproduttiva, l'età, il partner e altri fattori concomitanti possono modulare l'espressione clinica delle DSF (Basson et al., 2000).

I disturbi dell'eccitazione sessuale sono stati recentemente oggetto di una rivisitazione classificativa al fine di riuscire a scindere la componente centrale dalla componente periferica, cioè ad individuare gli elementi che portano ad uno stato mentale attivato verso la sessualità rispetto ai fattori che intervengono nel fenomeno della congestione genitale e della lubrificazione vaginale (Leiblum, 2006).

L'eccitazione sessuale è, infatti, un passaggio critico nel ciclo della risposta sessuale femminile che è "a ponte" tra la motivazione e lo stato genitale attivato che porta alla formazione della piattaforma orgasmica. L'eccitazione è stata elegantemente descritta come un mix di sensazioni soggettive fisiche e mentali di eccitamento sessuale ed una obiettiva consapevolezza di sensazioni non-genitali e genitali dovute all'inturgidimento vulvo-vaginale ed alla lubrificazione. In accordo con le più recenti teorie, le donne sono più propense ad attivare il desiderio e l'eccitamento, o ad essere

recettive a stimolazioni sessuali e a diventare fisicamente consapevoli di una tensione ed eccitamento dei genitali, attraverso il fatto che avvertono mentalmente alcune motivazioni e stimoli ad essere sessualmente intime e a proseguire nell'attività sessuale, piuttosto che al fatto che percepiscono un desiderio spontaneo non relativo a fattori personali, relazionali e ad altri elementi relativi al contesto (Basson et al., 2003).

Aspetti classificativi

Dal momento che l'eccitazione soggettiva non sempre nella pratica clinica correla con la congestione genitale, la definizione del disturbo dell'eccitazione sessuale femminile (FSAD) è stata suddivisa in tre categorie specifiche: soggettivo, genitale, combinato (Meston e Gorzalka, 1995; Laan et al., 1995; Brotto e Gorzalka, 2002). Le nuove definizioni sono le seguenti:

- 1) Disturbo dell'eccitazione sessuale soggettiva: assenza e/o marcata diminuzione delle sensazioni di eccitazione sessuale (eccitamento e piacere) che derivano da ogni tipo di stimolazione sessuale. La lubrificazione vaginale o altri segni di risposta fisica sono comunque presenti.
- 2) Disturbo dell'eccitazione sessuale genitale: sintomi di assente o alterata eccitazione sessuale genitale. I sintomi riferiti comprendono una modesta congestione vulvare o una scarsa lubrificazione vaginale con ogni tipo di stimolazione sessuale e una ridotta sensazione sessuale derivante dalla stimolazione genitale. L'eccitamento sessuale soggettivo è conservato a seguito di stimolazioni sessuali non genitali.
- 3) Disturbo dell'eccitazione soggettiva e genitale combinata: assenza e/o marcata diminuzione delle sensazioni di eccitazione sessuale (eccitamento e piacere) che derivano da ogni tipo di stimolazione sessuale così come sintomi di assente o alterata eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare, lubrificazione).

Il disturbo combinato è la più comune forma di alterata eccitazione sessuale ed è spesso in comorbilità con la mancanza/diminuzione del desiderio sessuale e anche con l'assenza dell'orgasmo (Basson, 2001).

Da ultimo, è stata inclusa una quarta categoria diagnostica, che necessita di ulteriori approfondimenti sul versante epidemiologico, fisiopatologico e terapeutico, il cosiddetto disturbo dell'eccitazione sessuale persistente. Tale disturbo è stato definito come la spontanea, intrusiva e non desiderata eccitazione genitale in assenza di interesse e desiderio sessuale. La consapevolezza dell'eccitazione soggettiva è tipicamente, ma non invariabilmente, poco piacevole. L'eccitazione non si risolve dopo uno o più orgasmi e

le sensazioni di eccitazione persistono per ore o giorni (Leiblum e Nathan, 2001).

Anche il disturbo dell'eccitazione sessuale, così come tutte le altre DSF, per avere una dignità diagnostica deve essere fonte di distress personale e può essere primitivo o acquisito, generalizzato o situazionale, di origine organica, psicologica, mista o sconosciuta.

Il ruolo del ginecologo

Il ginecologo non deve necessariamente fare il sessuologo, ma ha il compito primario di decodificare che esiste un sintomo sessuale sul versante dell'eccitazione, di individuare ogni eventuale causa correlabile agli eventi della vita riproduttiva e/o all'uso di terapie ormonali, di instaurare un percorso diagnostico-terapeutico ove indicato, e di saper inviare ad uno specialista differente nel caso egli ritenga che il sintomo sessuale abbia radici differenti da quelle di propria competenza. Il ginecologo è l'interlocutore privilegiato della donna su tutte le tematiche relative alla vita riproduttiva e la visita ginecologica è il momento ideale per fare il punto sulla qualità della vita sessuale (Nappi e Salonia, 2004). Le donne possono anche non iniziare una conversazione sul tema in modo spontaneo, ma apprezzano quasi sempre di essere interrogate sulla loro vita sessuale. Alcune semplici domande possono aiutare il ginecologo a stabilire una relazione tra l'insorgenza di un sintomo sessuale ed un evento riproduttivo, mentre può essere richiesta una formazione specifica per determinare in che modo altri molteplici fattori possano condizionare il quadro complessivo della salute sessuale (Bachmann et al., 1989). Un'anamnesi medica, uro-ginecologica ed ostetrica accurata, incluso l'uso di farmaci e i fattori di rischio relativi alle abitudini di vita, sono parte integrante dell'anamnesi sessuale allo scopo di identificare ogni possibile fattore di tipo organico che possa influenzare desiderio, eccitamento, orgasmo e dolore sessuale. A tale riguardo, è di estrema importanza tenere a mente che anche i sintomi sessuali che sono chiaramente correlati a determinanti biologiche hanno sempre una controparte psico-relazionale, che è molto più forte in relazione alla durata dei sintomi e all'entità del distress percepito dalla donna e/o dalla coppia (Plaut et al., 2004).

La diagnosi del disturbo dell'eccitazione sessuale

Per un approccio diagnostico-terapeutico adeguato, è necessario distinguere tra le componenti consapevoli della risposta sessuale centrale e le componenti fisiologiche involontarie della risposta sessuale perife-

rica (Basson et al., 2004).

Un semplice percorso diagnostico può comprendere:

- 1) Quali stimoli inducono un eccitamento sessuale soggettivo?
 - 1a) Se la risposta è molti, ma non di natura genitale, ci si può facilmente orientare verso un disturbo dell'eccitazione periferica, che può dipendere da un alterato trofismo genitale conseguente ad alterazioni endocrine, vascolari e neuromuscolari del complesso vulvo-vaginale, che non è in grado di andare incontro ai fenomeni di congestione periferica.
 - 1b) Se la risposta è nessuno, allora è fondamentale la consapevolezza del fenomeno della lubrificazione che, se presente, classifica il disturbo come soggettivo, se è assente come combinato.
- 2) Al fine di chiarire che cosa si intende per eccitamento sessuale soggettivo è opportuno stimolare la donna a riferire il suo grado di consapevolezza a livello mentale facendo degli esempi, quali fantasie sessuali spontanee, memorie sessuali, letture, stimoli visivi e uditivi a significato erotico.
- 3) Al fine di chiarire che cosa si intende per eccitamento sessuale genitale è opportuno stimolare la donna a riferire il suo grado di consapevolezza a livello periferico quale la congestione e la lubrificazione in risposta a stimoli non genitali e genitali e il progressivo aumento delle sensazioni genitali che derivano dalla stimolazione diretta dei genitali.
- 4) Indagare i correlati emotivi e cognitivi della risposta sessuale e tutti i potenziali fattori di contesto che giocano un ruolo fondamentale nell'eccitamento soggettivo e che rappresentano un ostacolo all'approccio esclusivamente organico che il ginecologo può offrire.

In ogni caso, è estremamente importante esplorare con chiarezza come avviene l'intero ciclo della risposta sessuale (Nappi e Salonia, 2004) eseguendo una

- 1) anamnesi sessuale "vera e propria"
 - informazioni sui sintomi facendo parlare la donna
 - sede, insorgenza, intensità, durata dei sintomi
 - tempi e luoghi della sessualità
 - tipo di stimolazione sessuale
 - attuali sensazioni nei confronti del partner e suo stato di salute generale e sessuale
 - fantasie e sogni "ad occhi aperti"
 - esperienze sessuali passate personali e di coppia
 - eventuali traumi, abusi, coercizioni sessuali
 - situazioni in cui il sintomo era assente
 - reazioni alle difficoltà sessuali ed entità del distress sessuale;
 - opinione della donna e del partner sul sintomo sessuale;

2) una visita ginecologica "sessuologica"

- 2a) *ispezione e palpazione* per valutare
 - grado di apertura vulvare
 - distanza ano-vulvare
 - ispezione dei margini anali
 - eventuale prolasso d'organo
 - valutazione della lassità legamentaria
 - Q-tip test ("tender e trigger points" dolorosi, PAIN MAP vestibolare)
 - sensibilità discriminativa (riflesso clitorido-anale e perineale alla tosse);
- 2b) *esplorazione vaginale* per individuare
 - punti dolorosi e grado di fobia
 - grado dello spasmo della muscolatura vaginale
 - cause organiche;
- 2c) *esame speculare* per identificare
 - trofismo delle pareti vaginali
 - segni di infezioni/inflammazioni
 - ectropion e/o esiti di DTC, ecc.

Alla visita ginecologica si possono associare altre valutazioni (ormonali, trofiche, infettive, circolatorie, neuro-muscolari, ecc.) al fine di precisare alcune condizioni organiche predisponenti e per eventualmente mettere in atto una strategia terapeutica mirata. È importante sottolineare che una visita ginecologica normale che depone nella maggior parte dei casi per un disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale può favorire la capacità della donna di identificare fattori differenti da quelli francamente organici, per esempio la menopausa come fine della potenzialità riproduttiva e non come evento endocrino che altera il milieu ormonale modulante i fenomeni trofici, una condizione di infertilità che si conferma ogni volta che la sessualità viene agitata, la paura della gravidanza indesiderata, ecc. (Nappi et al., 2005).

Conclusioni

La salute sessuale è importante per il benessere fisico e mentale durante tutto l'arco della vita della donna. Ogni evento critico riproduttivo presentando correlati non soltanto biologici, ma anche psicorelazionali, può accompagnarsi ad un disturbo dell'eccitazione che può richiedere un approccio organico o più francamente sessuologico.

Riconoscere nella pratica clinica le condizioni di vulnerabilità sul versante sessuale che accompagnano gli eventi biologici femminili, soprattutto in relazione alle tappe critiche della vita riproduttiva, è un compito primario del ginecologo che ha un ruolo sempre più centrale nella diagnosi, nella prevenzione e, laddove possibile, nella terapia dei sintomi sessuali femminili.

Bibliografia

1. BACHMANN G.A., LEIBLUM S.R., GRILL J.: *Brief sexual inquiry in gynecologic practice*. Obstet Gynecol 73:425-427, 1989.
 2. BASSON R., BERMAN J., BURNETT A., et al.: *Report of the International Consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 163: 888-93, 2000.
 3. BASSON R.: *Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire*. J Sex Marital Ther 27:395-403, 2001.
 4. BASSON R., LEIBLUM S.L., BROTTTO L., et al.: *Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision*. J Psychosom Obstet Gynecol 24: 221-229, 2003.
 5. BASSON R., WEIJMAR SHULTZ W.C.M., BINIK Y.M., et al.: *Women's sexual desire and arousal disorders and sexual pain*. In: Lue T.F. et al. (eds) *Sexual Medicine*. Edition 21, Paris, France, 2004.
 6. BROTTTO L.A., GORZALKA B.B.: *Genital and subjective sexual arousal in postmenopausal women: influence of laboratory-induced hyperventilation*. J Sex Marital Ther 28:S39-S53, 2002.
 7. LAAN E., EVERAERD W., EVERS A.: *Assessment of female sexual arousal: response specificity and construct validity*. Psychophysiology 32:476-85, 1995.
 8. LEIBLUM S.R., NATHAN S.G.: *Persistent sexual arousal syndrome: a newly discovered pattern of female sexuality*. J Sex Marital Ther 27:365-380, 2001.
 9. LEIBLUM S.R.: *Classification and diagnosis of female sexual disorders*. In: Goldstein I et al. (eds.) *Women's sexual function and dysfunction*. Taylor & Francis, UK, pp.323-330, 2006.
 10. MESTON C.M., GORZALKA B.B.: *The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women*. Behav Res Ther 33:651-64, 1995.
 11. NAPPI R.E., SALONIA A.: *Menopausa e sessualità/2*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, Italia, 2004.
 12. NAPPI R.E., SALONIA A., TRAISH A.M. et al.: *Clinical biological pathophysiology of women's sexual dysfunction*. J Sex Med 2: 4-25, 2005.
 13. PLAUT S.M., GRAZIOTTIN A., HEATON J.P.W.: *Sexual Dysfunction*. Fast Facts Series, Health Press, Oxford, UK, 2004.
-