

Disturbi dell'orgasmo: la diagnosi

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

Premessa	pag.	1
Valutazione clinica: il pavimento pelvico	pag.	1
Pavimento pelvico: le principali domande del ginecologo	pag.	2
Valutazione clinica: altri approfondimenti	pag.	2
Valutazione cognitiva	pag.	3
Valutazione relazionale	pag.	3
La "lettura corporea"	pag.	4
Conclusioni	pag.	4
Approfondimenti generali	pag.	5
Approfondimenti specialistici	pag.	5

Premessa

Nella prima scheda dedicata all'anorgasmia (Disturbi dell'orgasmo: i sintomi) abbiamo visto attraverso quali domande e approfondimenti il ginecologo verifichi la natura dei sintomi presentati dalla donna, sino a stabilire se la disfunzione orgasmica sia primaria (esistente da sempre) o secondaria (comparsa in un determinato momento), assoluta (con qualunque partner) o relativa (solo con uno, o in specifiche situazioni), e collegata a una o a tutte le modalità di stimolazione e di attività sessuale. Questa definizione del sintomo, come abbiamo visto, orienta i successivi approfondimenti diagnostici e la strategia terapeutica.

Valutazione clinica: il pavimento pelvico

La visita ginecologica prosegue con la ricerca di fattori organici eventualmente correlati con il disturbo dell'orgasmo. La prima importante area da indagare è il pavimento pelvico, l'insieme dei muscoli che circondano la vagina e sostengono i visceri della donna. Due situazioni, in particolare, rendono difficile o addirittura impossibile l'orgasmo: l'ipertono e l'ipotono del pavimento pelvico.

L'ipertono, contraendo la muscolatura in modo innaturale, quasi spasmodico, può rendere la penetrazione fastidiosa, difficoltosa e dolorosa, sino a diventare impossibile. In questi casi il problema orgasmico si associa al dolore ai rapporti (dispareunia) o al vaginismo, condizioni di cui vanno ricercate le possibili cause organiche (dispareunia e vaginismo secondari a vaginiti croniche, vestiboliti e così via) o psicosessuali (vaginismo primario). L'ipertono non ostacola necessariamente l'orgasmo ottenuto con la stimolazione clitoridea, anche se l'aspettativa negativa e il dolore che accompagnano il rapporto sessuale lo rende senz'altro più improbabile.

L'ipertono inoltre può favorire la comparsa di cistiti nelle 24-72 ore che seguono il rapporto sessuale: le cosiddette cistiti postcoitali.

L'ipotono, ossia la lassità eccessiva dei muscoli, riduce invece lo stimolo eccitatorio della penetrazione, e quindi rende più difficile l'orgasmo per mancanza di stimoli. Questo si verifica solitamente nelle donne che hanno avuto parti con bambini di peso elevato alla nascita ("macrosomi"), e/o con periodo espulsivo prolungato, con conseguente iperdistensione del muscolo elevatore dell'ano, che circonda la vagina e si contrae nell'orgasmo, oppure parti distocici "strumentali", ossia con applicazione di forcipe o di ventosa (1).

L'incontinenza urinaria può inibire il riflesso orgasmico con due modalità:

- a) l'incontinenza da sforzo, spesso associata a ipotono muscolare, lo inibisce sia per il rischio di perdere urina durante i movimenti della penetrazione, sia per il disagio di sentirsi "bagnata" non per l'eccitazione ma per la perdita urinaria;
- b) l'incontinenza da urgenza può invece inibirlo per il timore che le contrazioni orgasmiche attivino anche una simultanea contrazione vescicale con perdita di urina, creando grave imbarazzo.

Pavimento pelvico: le principali domande del ginecologo

In sintesi, ecco il tipo di domande che la donna può aspettarsi dal ginecologo sulle condizioni del pavimento pelvico:

- 1) *Sente fastidio o dolore durante il rapporto sessuale e, in particolare, al momento della penetrazione?*
- 2) *La penetrazione avviene con difficoltà? Talvolta è impossibile, come se fosse chiusa o ci fosse un ostacolo?*
- 3) *Nelle ore successive al rapporto sessuale sente fastidio o dolore a livello genitale? Ha disturbi urinari tipo cistite?*
- 4) *Prova poco o addirittura nessun piacere durante la penetrazione, come se non "sentisse" che sta avvenendo?*

Le prime tre suggeriscono la presenza di un "ipertono" e di co-morbilità, ossia di patologie associate: urologiche, ginecologiche e sessuali. La quarta fa ipotizzare la presenza di "ipotono", specie se comparsa dopo un parto per via vaginale.

Valutazione clinica: altri approfondimenti

Un secondo fattore che può influenzare negativamente la capacità orgasmica è l'eventuale inadeguata ricostruzione della muscolatura vaginale in corso di episiotomia, ossia del taglio che viene effettuato poco prima dell'uscita della testa del bambino, per facilitarne la progressione ed evitare lacerazioni irregolari della vagina, e perfino dell'ano, alla madre. Una sutura inadeguata ("episiorragia"), oppure che si è infettata, e/o che sia associata a iperdistensione del muscolo, può danneggiare la contrattilità del muscolo elevatore dell'ano che si attiva nella risposta orgasmica.

La visita ginecologica può inoltre evidenziare eventuali disturbi flogistici ("vulviti" o "vestiboliti vulvari" - vedi scheda) o trofici dei genitali esterni ("distrofia vulvare"), fino al cosiddetto "lichen

sclerosus vulvae", una malattia della vulva, su base autoimmune, caratterizzata da involuzione delle labbra, assottigliamento dei tessuti, riduzione della componente vascolare con progressiva riduzione anche della qualità della congestione sessuale fino al blocco orgasmico. In particolare nella donna in menopausa, ci può essere una minore responsività del clitoride in seguito alla sua involuzione.

Infine viene verificato l'utilizzo di farmaci che agiscono sul tono dell'umore (2), in particolare i serotoninergici come la paroxetina, la fluoxetina, il citalopram e la sertralina, in quanto possono determinare un'inibizione del riflesso orgasmico, dal semplice ritardo alla totale impossibilità (3). Può capitare che il medico che prescrive tali farmaci non informi la paziente di questo effetto collaterale, che peraltro - in positivo - è direttamente proporzionale alla dose assunta e scompare quando il farmaco venga sospeso.

Andrà valutato anche l'equilibrio ormonale, che rappresenta una condizione biologica fondamentale per raggiungere l'orgasmo. La carenza estrogenica (provocata per esempio dalla menopausa o da amenorree protratte) ostacola la risposta eccitatoria e quindi anche l'orgasmo. La carenza androgenica (specialmente di testosterone, nelle donne ovariectomizzate, che hanno cioè subito l'asportazione chirurgica di entrambe le ovaie) può inibire il desiderio. Un eccesso di prolattina riduce il desiderio e la risposta eccitatoria.

Saranno valutate con attenzione anche le eventuali malattie cardiocircolatorie e dismetaboliche (4) e i relativi fattori di rischio (fumo, ipertensione, dislipidemia, sedentarietà, soprappeso, iperglicemia). Il danno vascolare che ne consegue, analogamente a quanto avviene per l'erezione nell'uomo, riduce e rallenta la vasocongestione e la lubrificazione, con conseguente possibilità di dolore, e/o di progressiva riduzione della intensità dell'orgasmo.

Sul versante neurologico, infine, va ricordato che malattie come la sclerosi multipla o lesioni traumatiche del midollo possono ledere le vie nervose deputate al riflesso orgasmico.

Valutazione cognitiva

L'indagine delle componenti cognitive della sessualità consente al ginecologo di capire ciò che la donna pensa e crede "normale" rispetto ai rapporti sessuali, agli eventuali falsi miti (orgasmo simultaneo, molteplicità degli orgasmi, modelli indotti dai media) e a situazioni che, per motivi educativi, possano essere vissute con sensi di colpa o vergogna. Il ginecologo, per esempio, potrebbe chiedere:

- 5) *Cosa intende per rapporto sessuale soddisfacente?*
- 6) *Che significato ha per lei questo problema?*
- 7) *Come si sentirebbe se lo avesse risolto?*

Valutazione relazionale

Il ginecologo, oltre alle informazioni già raccolte sulla qualità dell'interazione sessuale nella coppia, cercherà di comprendere anche l'atteggiamento del partner rispetto al problema, ad esempio con queste domande:

- 8) *Cosa pensa il suo partner delle sue difficoltà di orgasmo?*
- 9) *È interessato ad affrontarlo e risolverlo?*

10) *È soddisfatto della vostra vita sessuale?*

11) *Presenta a sua volta qualche difficoltà sessuale?*

Sono domande che aiutano a definire la cosiddetta "dinamica relazionale", gli eventuali conflitti e le convinzioni (spesso irrealistiche) della donna riguardo a ciò il partner si aspetta o desidera. Rivelano inoltre come talvolta la scelta del partner sia stata condizionata da bisogni affettivi inappagati (5) e di conseguenza come il bisogno di sicurezza abbia reso difficile fin dall'inizio un autentico dialogo erotico con il partner (6).

La "lettura corporea"

Dietro questa insolita espressione si nasconde una considerazione molto semplice, ma estremamente efficace: gli atteggiamenti corporei della donna possono fornire ulteriori utili indizi rispetto al problema sessuale (7). La "lettura corporea", in altre parole, risponde ad alcune domande che il ginecologo, in questo caso, pone silenziosamente a se stesso:

12) *Come vive questa donna la propria femminilità?*

13) *Come "abita" il suo corpo?*

Atteggiamento, andatura, abbigliamento, accessori, cosmesi sono tutti elementi che possono evidenziare un modo positivo di vivere la femminilità o, al contrario, un disagio che tende a nascondersi. La lettura corporea può inoltre rivelare tensioni muscolari e rigidità (confermate ad esempio dal fatto che la donna soffre spesso di lombalgie o mal di testa).

La lettura corporea assume particolare importanza nelle anorgasmie primarie, dove può confermare la complessità del problema (determinato da un'identità sessuale poco strutturata o addirittura conflittuale) e orientare verso una terapia psicosessuologica più articolata rispetto al semplice disturbo orgasmico.

La donna può inoltre manifestare un forte carico di ansia, attraverso lo sguardo e la postura del corpo. L'ansia, attraverso l'ipertono adrenergico che la esprime, è in grado di inibire fortemente la vasocongestione eccitatoria e quindi il riflesso orgasmico. Alcune domande che la evidenziano sono:

14) *Si sente tesa, ansiosa nei momenti di intimità sessuale?*

15) *Durante il rapporto ha dei pensieri ricorrenti riguardo al suo problema o sul giudizio del partner?*

Questo consentirà di approfondire anche l'esistenza di un'eventuale ansia da prestazione o di componenti ossessive che possono ridurre la capacità di vivere un'esperienza sessuale soddisfacente.

L'osservazione dell'atteggiamento del corpo e del comportamento possono anche suggerire difficoltà relative all'immagine corporea, o alla stessa identità sessuale, che possono concorrere al problema orgasmico.

Conclusioni

Questo percorso diagnostico consente al ginecologo di inquadrare la disfunzione orgasmica, con particolare attenzione alle cause di tipo biologico e di competenza medica, di individuare i diversi fattori che la determinano e di intervenire su quelli che si possono correggere. Potrà inoltre

consigliare un approfondimento psicosessuale, quando le componenti relative alla storia personale, all'educazione sessuale, a pregresse molestie o abusi, o a problemi di coppia, suggeriscano la necessità di una terapia psicodinamica a orientamento sessuologico. Per la donna questo significa una migliore comprensione del suo problema, delle sue esperienze e delle sue aspettative sessuali, e un significativo passo avanti per vivere una sessualità più gioiosa e gratificante.

Approfondimenti generali

Todella R. Baldaro Verde J.

La diagnosi dei disturbi dell'orgasmo: il ruolo del ginecologo
in Graziottin A. (Guest Ed.), Disfunzioni sessuali femminili: quando il medico conta, Giornale Italiano di Ginecologia, CIC Edizioni Internazionali, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A.

Il dolore segreto

Arnoldo Mondadori Editore, 2005

2) Frohlich P. Meston C.M.

Fluoxetine-induced changes in tactile sensation and sexual functioning among clinically depressed women

J. Sex Marital Ther. 2005, 31 (2): 113-128

3) Graziottin A. Maraschiello T.

Farmaci e sessualità

Airon Edizioni, 2002

4) Munivappa R. Norton M. Dunn M.E. Banerji M.A.

Diabetes and female sexual dysfunction: moving beyond "benign neglect"

Curr. Diab. Rep. 2005; 5: 230-236

5) Baldaro Verde J.

Illusioni d'amore: le motivazioni inconscie nella scelta del partner

Raffaello Cortina Milano, 1992

6) Eagle M.

Attaccamento e sessualità

Psicoterapia e Scienze Umane, 2005, 39-2: 151-164

7) Desjardins J.Y.

Approche integrative et sexocorporelle

Sexologies, 1996, 5-21: 43-48