

GESTIONE TERAPEUTICA DELLA DISPAREUNIA

A. Maci

Prima di parlare della gestione terapeutica della dispareunia, è importante sottolineare il fatto che il sessuologo è spesso un co-terapeuta. Soprattutto quando ci troviamo di fronte a cause fisiche, il farmaco ben scelto può portare egregiamente alla risoluzione del problema, ma in molti casi la scelta di una terapia integrata, dove per integrato s'intende stretta collaborazione medico-terapeuta, può significare la guarigione in tempi più brevi.

Cominciamo col dire che "Dispareunia" non è disturbo del desiderio, né della fase di eccitamento né di quella dell'orgasmo. "Dispareunia" vuol indicare semplicemente: coito doloroso. Nel 1920 Stekel la definiva sinonimo di *anaesthesia sexualis* o *frigidity* nella donna. Oggi sappiamo che questo sintomo si concretizza con l'insorgenza di un dolore durante o dopo un rapporto sessuale, e la cosa che può sembrare strana ai non addetti ai lavori è che tale disturbo può colpire sia l'uomo che la donna.

Sappiamo anche che esiste una *dispareunia esterna*, quando interessa la fase iniziale della penetrazione e *profonda* se l'inconveniente si verifica dopo la penetrazione. Il disturbo è facilmente quantificabile e risolvibile se ci sono evidenti cause fisiche, mancanza di

lubrificazione e vaginismo funzionale. È disponibile un elenco delle *cause fisiche* della dispareunia sia nell'uomo (Tab. 1) che nella donna (Tab. 2) nel libro "I disturbi del desiderio" di Helen Kaplan.

Spesso la prima conseguenza del dolore è la perdita secondaria del desiderio e/o il rifiuto sessuale.

Ma la *dispareunia* che più interessa in questa sede è quella che ha origini psico-affettive, la cui causa primaria individuata è una sorta di ostilità-conflitto-blocco scaturente dal comportamento affettivo.

Spesso dispareunia è un "*passaggio verso*", è un sintomo di transizione verso uno status più definito e potrà trasformarsi in anorgasmia, anerossia, frigidity, eiaculazione precoce, impotenza.

Ma Jarrousse già nel 1986 sostiene che la sua origine scaturisce primariamente dalla *paura*. Paura della gravidanza, della perdita d'immagine, della maternità, della rinuncia alla carriera, della responsabilità e lo stesso dicasi per il maschio: c'è paura di crescere, di dare, della paternità, del diritto al piacere, di rinuncia alla libertà, ecc.

Frequente è anche la *dispareunia transitoria*, ad esempio, dopo il parto o in menopausa ma per questi casi ci si rifà alla lista delle dispareunie fisiche.

Tab. 1 - **Cause fisiche della dispareunia nei maschi***.

- 1 - SPASMO DEI MUSCOLI GENITALI:** *lo spasmo dei muscoli cremasterici e lo spasmo dei muscoli lisci degli organi riproduttivi interni può risultare doloroso durante o dopo l'eiaculazione.*
 - 2 - INFEZIONI E IRRITAZIONI DELLA PELLE DEL PENE:** *si prova dolore al contatto e alla frizione*
 - A. Herpes genitale
 - B. Dermatiti e dermatosi, "fuoco di S. Antonio", ecc.
 - 3 - CANCRO DEL PENE**
 - 4 - DISFUNZIONI DOVUTE AD ALTERAZIONI ANATOMICHE DEL PENE**
 - A. Incurvamento del pene, malattia di Peyrone: dolore nella penetrazione
 - B. Frattura del pene, anemia falciforme: dolore nell'erezione
 - 5 - INFEZIONI DELLA PROSTATA, INGROSSAMENTO DELLA PROSTATA:** *dolore durante l'erezione e durante o dopo l'eiaculazione.*
 - 6 - INFEZIONI DELLE VESCICOLE SEMINALI:** *dolore durante l'eiaculazione.*
 - 7 - MALATTIE DEI TESTICOLI:** *dolore nell'eiaculazione, dolore durante la penetrazione e toccando i testicoli.*
 - A. Orchite
 - B. Tumori
 - C. Trauma
 - 8 - TORSIONE DEL CORDONE SPERMATICO:** *ernia.*
 - 9 - DISTURBI SCHELETRICI E MUSCOLARI DELLA PELVI E DELLA BASSA SCHIENA:** *rende dolorosi o difficili i movimenti della penetrazione.*
 - A. Dolori alla bassa schiena. Spasmo dei muscoli della schiena, ernia del disco
 - B. Artrite delle anche
 - 10 - DISTURBI CARDIOVASCOLARI E RESPIRATORI:** *angina e difficoltà respiratorie durante il rapporto sessuale.*
 - 11 - MAL DI TESTA POST-EIACULAZIONE:** *probabile reazione riflessa dei vasi sanguigni della testa e della faccia.*
-

* Il dolore durante il rapporto o l'attività sessuale può produrre una perdita secondaria del desiderio e/o un rifiuto sessuale.

Il dolore che la donna prova nel momento della penetrazione è un dolore antico, ha radici nel profondo, in un luogo dove le sabbie mobili sono create solo da quella cattiva strega che si chiama ansia, paura, insicurezza. Ma ancora oggi ci si confronta malvo-

lentieri con il non fisico, quindi il disturbo viene negato o messo da parte, rimandato. Fino a quando? Fin quando la donna, messa alle strette, diventa consapevole di essere portatrice di un sintomo, quale la dispareunia. Il suo disagio è definito, lei

Tab. 2 - Cause fisiche della dispareunia nella donna*.

- 1 - VAGINISMO O SPASMO DEI MUSCOLI VAGINALI:** *lo spasmo dei muscoli perivaginali causa dolore nella penetrazione.*
- 2 - INFEZIONI E IRRITAZIONI DEI GENITALI ESTERNI:** *dolore al contatto e alla frizione.*
A. Infezioni: herpes genitale, cisti labiali infette, foruncoli.
B. Bartolinite.
- 3 - FIMOSI CLITORIDEA:** *dolore alla stimolazione clitoridea.*
- 4 - INFEZIONI E IRRITAZIONI DELLA VAGINA:** *dolori vaginali durante il coito.*
A. Vaginiti infettive: herpes genitale, candida albicans, ecc.
B. Dermatosi d'origine chimica causate da lavande e contraccettivi.
C. Reazioni allergiche a lavande, a contraccettivi e al liquido seminale.
D. Vaginiti atrofiche.
E. Irritazioni causate da penetrazione rude, coito senza sufficiente lubrificazione, inserimento di corpi estranei in vagina, aree iper-sensibili interne.
- 5 - IMENE IMPERFORATO, IMENE RIGIDO, LEMBI DOLORANTI DELL'IMENE:** *dolore all'ingresso del pene e durante la penetrazione.*
- 6 - AGENESIA DELLA VAGINA:** *dolore nel tentativo di entrare.*
- 7 - DANNI AI GENITALI O AGLI ORGANI RIPRODUTTIVI DOVUTI A TRAUMA DA PARTO:** *dolore locale.*
A. Cicatrici da episiotomia.
B. Lacerazioni.
C. Prolasso uterino, ecc.
- 8 - TRAUMA CHIRURGICO AGLI ORGANI GENITALI:** *dolore locale.*
A. Cicatrici da isterectomia.
B. Avvicinamento delle ovaie alla vagina dopo isterectomia.
C. Accorciamento vaginale.
- 9 - PATOLOGIA PELVICA:** *dolore a una penetrazione profonda.*
A. PID.
B. Gravidanza ectopica (es.: extrauterina).
C. Endometriosi.
D. Cisti e tumori ovarici.
E. Altri tumori pelvici.
-

* Il dolore o il disagio durante il rapporto possono produrre una perdita secondaria del desiderio e/o un rifiuto sessuale.

non lo nega più, esiste, ha un nome. Quindi, se individuato, può essere discusso, curato! Ma, la maggior parte delle volte, ci si trova di fronte a un fantomatico "mal-essere" di cui poco si sa. Nulla dice e allora? Come fare a capire il perché?

"Le cose non vanno più come prima" – sospira la paziente confidando il problema e continua "è come se io non fossi più la stessa persona e poi" – prosegue – "mi creda, non lo capisco più, lui è diventato proprio un estraneo! È come un fratello, un amico o, peggio che mai...è come se fosse mio padre!", e giù a lamentarsi della magia, o *malìa*.

"Le cose" altro non sono che il rapporto tra lei e lui. Non c'è più il fascino del nuovo, la curiosità dell'inizio, l'abitudine uccide l'innocente amore e pochi sono i legami che resistono all'usura del tempo.

La dispareunia o disagio, prima è dolore, ma, poiché nei rapporti intimi tra due partner tutto il legame si propaga con radici molto lunghe e sottili ben ramificate, sotto la soglia dell'inconscio c'è la rottura o la paura, quindi ansia di abbandono, solitudine, rabbia, conflitti, ecc.

In verità, esiste probabilmente nel "continuum" dell'emozione un momento "ex nunc", un'origine, una causa scatenante di cui spesso non si è consapevoli. Essa agisce, come nel noto esperimento di Pavlov, da stimolo che, unito ad un evento accidentale, crea un condizionamento...e quindi un nuovo "habitus", abitudine, comportamento. Anche senza lo stimolo originario il comportamento appreso può diventare automatico, ripetitivo. La paziente è tesa, preoccupata, ha problemi al lavoro, è in ansia per la malattia della madre, è urtata perché il suo partner da un po' di tempo la

trascura, o meglio vive inadeguata, si sente trascurata ed è gelosa per le attenzioni che lui dimostra verso la nuova segretaria così carina, così gentile, sempre più indispensabile al buon andamento del lavoro, "Non potrei farne a meno!" dice ingenuamente lui e lei "si rode".

Lei quando fa l'amore è sempre "all'erta" – non si rilassa più ed ogni giorno è un po' peggio. È tesa, ha paura di sentire dolore e, inevitabilmente, prova un dolore sempre crescente!

Cosa sta succedendo ?

Si arriva alla dispareunia cronicizzata e con un sorriso o un profondo respiro lei non riesce più a tornare alla base, a rilassarsi. Sente lontanissimi i suoi giorni felici. Lei ormai ha un nuovo vissuto. Lo vive in segreto, sola nel suo cuore, peggiora impercettibilmente ogni giorno di più e senza renderse-ne conto va incontro ad una sindrome di copertura.

Gli addetti ai lavori sanno bene che la patologia del desiderio è così sottile, impalpabile, sfuggente e maliziosa che si maschera, si nasconde nei modi più originali. Il soggetto, è bene parlare di soggetto poiché in tal modo va considerato ognuno dei partners, dunque per un'enorme quantità di variabili intervenienti può diventare *apatico*, leggiamolo nell'etimo α -negativo greco e *pathos* come emozione, sentimento! Quindi, senza emozione, privo di ogni interesse. Questa *apatia patologica o anerosia*, indirizza inevitabilmente verso l'ISD o HSD, dove la prima è *Inhibition of sexual desire* e l'altra è *Hypo sexual desire*.

Giorno dopo giorno la partner non desidera poiché sa bene che non c'è il premio, la ricompensa, non salirà sul podio del vincitore. Si sente e vive come una perdente e allora? Si ritira dal-

la gara. A livello "inconscio" – inconscio, cioè quando non ne è minimamente a conoscenza – decide di non partecipare ad una tenzone che non potrà mai vincere, in cui si sente inadeguata e si priva della soddisfazione tipicamente umana e altamente valorizzante che si chiama autostima, vittoria - *nike* - angelo alato.

Ed entra nell'affabulazione, scrive la sua storia, una fiaba che non ama e scivola sulla buccia della banana che ha gettato proprio lei sulla sua strada. Ne perde co-scienza, dimentica l'ostacolo e corre verso nuove mete senza aver cura di guardare dove mette i piedi. Così, precipita nel vuoto del dolore di vivere la storia che solo lei si è costruita. Ogni essere è l'artefice del proprio destino. Lei sente dolore. Il dolore è un allarme, comunica che sta superando la soglia di sicurezza nel campo dell'allerta. Il dolore è da considerare come un cartello segnaletico di cautela, oltre quel confine c'è pericolo – è un avviso o per meglio dire è il segnale che c'è un sintomo.

Dal punto di vista psicosomatico occorre decodificare il sintomo come messaggio d'organo e solo entrando nel simbolismo del linguaggio corporeo si può leggere il grido d'aiuto che il corpo lancia all'esterno. Nell'eterna ricerca dell'omeostasi il soggetto "*lampo* peggia il suo dolore", urla il suo disagio nell'unico modo con cui da sempre si manifesta.

Quindi il mal-essere, la malattia è un aiuto se si sa leggerla, e se si è in grado di tradurla in comunicazione.

Solo attraverso un'attenta disamina della *patobiografia* si può aiutare il soggetto a risolvere il suo disagio. *Patobiografia* è in effetti, semplificando al massimo, il confronto di eventi affettivi correlati alla storia personale del soggetto.

Si definisce nel tempo/spazio anche la tensione dell'individuo e si cerca di valutarne la saturazione con una ipotetica scala dello stress.

La donna che lamenta la *dispaurenia* potenzialmente contiene l'EUPAREUNIA, quel meraviglioso stadio definito da Cafaro – nel suo "*Manuale della sessuologia*" – "*l'unione sessuale con reciproca compiuta soddisfazione*".

Spesso la donna non conosce la reazione del suo corpo. Non le è stata insegnata la tecnica di ascolto delle mille sensazioni che gli organi genitali inviano alla coscienza.

Chi scrive, è nel mondo della sessuologia mondiale da circa ventanni e questa opportunità le consente di avere un continuo confronto con culture ed usanze a volte alquanto diverse dalla nostra. Prakash Kotari è un sessuologo di Bombay e da sempre sostiene che esiste una correlazione e una specularità tra le inadeguatezze sessuali maschili e quelle femminili.

Come esiste l'eiaculazione precoce nell'uomo, che Prakash Kotari definisce *early reponse*, così esiste la stessa patologia nella donna. Bisogna insegnare alla nostra giovane a comandare la muscolatura del perineo con maggior competenza e scioltezza, ma dobbiamo anche renderla edotta circa la capacità di gestire in modo consapevole la tensione/distensione della fascia muscolare della zona pubococcigea. Poche donne sanno che per avere una buona "piattaforma orgasmica" serve che si "imprigioni" nella zona pelvica una quantità di sangue superiore (alcuni sostengono addirittura del 50%) a quella necessaria per i corpi cavernosi maschili.

La ricerca sulle reazioni femminili è in Italia, ma anche in gran parte del mondo, ai primordi e poiché la donna

è considerata e si considera “sempre” ricettiva, poco è coscientizzata – dalle donne stesse – la necessità di conoscersi meglio. Poche donne sono consapevoli dei tempi necessari per ottenere un’armoniosa invaginazione; quasi nessuna, anche se informata, ha ritenuto opportuno discuterne ad un livello scientifico con esperti – il suo ginecologo o il suo sessuologo – o in via confidenziale con delle amiche ben informate. Vorrei portare un esempio che apparentemente ci distoglie dal focus di questo scritto ma che ci permette di cogliere velocemente l’essenza analogica. Amo la natura ed ho scelto alla mia età come sport il gioco del golf.

Trovo il campo più vicino, scelgo i giorni in cui lo potrò praticare, i compagni di gioco, l’attrezzatura, gli abiti più confortevoli, mi approccio alla tecnica, leggo libri specifici, osservo chi gioca, ma sono precipitosa, ansiosa, nervosa, detesto prendere lezioni, intanto “lo so” come si fa e non sopporto di essere corretta, mi annoio se devo ripetere un tiro centinaia di volte. Alla fine, visti i miei insuccessi, mollo tutto!

Quante volte mi sono sentita dire: *“Ormai, cara dottoressa, per quanto riguarda il lato fisico io, veramente, alla mia età ci ho messo una pietra sopra – non mi interessa più di tanto...”*.

Io vorrei dire ad ogni donna e, quando posso lo faccio, *“Mia cara, gli esami non finiscono mai, comincia da oggi a voler vivere meglio la tua vita sessuale e sappi che non esistono cattivi scolari, ognuno, se ha un buon maestro, lo può superare... è scritto nella storia dell’uomo”*.

Ogni donna, nasce un po’ anorgasmica, un po’ frigida, un po’ disorientata, o, come dico io, *“... un po’ ‘mbranata!”*, ma ognuna può conoscersi meglio e applicarsi con entusiasmo nel viaggio dell’apprendere l’arte amatoriale, lo deve fare per se stessa e per le altre donne.

Ogni donna, oltre che oggetto, d’amore può diventare soggetto. Come dice Giorgio Abraham, la dispareunia non si risolve in tempi brevi e la donna per uscirne fuori deve riconciliarsi con il proprio corpo.

Proprio per questo con il mio lavoro ho scelto di aiutare le donne in tal difficile percorso!