

Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVII - n. 9  
Settembre 2005

## Le patologie del dolore legate al vaginismo ed alla dispareunia: le possibili strategie terapeutiche<sup>1</sup>

A. PELUSO

Le dinamiche relazionali che si nascondono dietro le patologie del dolore sono molto complesse per cui è fondamentale un lavoro coordinato tra il ginecologo e il sessuologo.

Interpretare il problema come “mossa relazionale” all’interno di un gioco più ampio in cui sono coinvolti non soltanto il partner, ma anche le famiglie di origine, ci ha permesso nel tempo di capire quelle situazioni apparentemente inspiegabili e quindi di trovare delle metodologie di approccio più funzionali e che realmente andavano a sbloccare “una relazione affettiva dove il legame si era perso per strada” o a spingere i due partner a non tormentarsi più e a trovare il coraggio di rompere quel rapporto senza significato.

Nell’immaginario collettivo resta ancora forte uno stereotipo di una donna che come Circe seduce Ulisse - e trasforma i suoi uomini in animali rubandone l’anima - e di una donna che si occupa soltanto di faccende domestiche e delle cure dei figli: questa dicotomia è stata la causa per molti decenni di una identità di coppia estremamente falsata dove la figura femminile poteva ricoprire solo alcuni ruoli e non altri.

La sessualità femminile è tuttora “imprigionata” tra miti, stereotipi e condizionamenti negativi che si ripercuotono negativamente nella relazione di coppia soprattutto quando il partner “alimenta” (talvolta inconsapevolmente) questi vissuti.

A questo bisogna aggiungere le sempre continue squalifiche che “passano” attraverso l’immagine della donna come oggetto di sesso: non bisogna sottovalutare l’uso strumentale che viene fatto attraverso la pubblicità che è molto più dannoso di quello più esplicito attraverso riviste, film, linee telefoniche erotiche, ecc.

Per addentrarci nel nostro tema è opportuno andare a seguire il cammino dell’identità soprattutto in un millennio apparentemente emancipato, ma pieno di molte contraddizioni mascherate dalla super tecnologizzazio-

ne. L’affacciarsi nel terzo millennio, ci ha consegnato un mondo dove si comunica sempre di meno a dispetto di enormi progressi in campo tecnologico, in cui i rapporti affettivi nascono su aspettative irreali, oscurate da bisogni personali di cui non sempre si è consapevoli, ed in cui gli eccessivi inquinamenti familiari si ripercuotono a catena di generazione in generazione; mentre i ripetuti fallimenti affettivi creano insicurezze personali difficilmente gestibili e che vengono mascherati da iperattività o in rifugi alienanti.

Ogni storia d’amore attraversa delle precise tappe di crescita che mettono fortemente alla prova il legame tra i due partner.

In questi “passaggi” si strutturano fantasie, aspettative, ecc. e si creano i sottili intrecci tra le due storie di vita. Fin dalla fase iniziale possono annidarsi “piccoli germi” che successivamente possono amplificarsi fino a raggiungere forme esagerate “apparentemente ingiustificate” e/o sintomi di malessere che non trovano un immediato significato.

### L’identità di genere

Nel corso del processo di sviluppo e dell’acquisizione dell’identità personale, ciascuno di noi – maschio o femmina – affronta la sua «nascita psicologica» in un groviglio di sensazioni ed emozioni, di non distinzione tra sé e il mondo. Solo attraverso un complicato percorso mentale e relazionale si arriva ad articolare identificazioni e disidentificazioni, a stabilire i confini tra sé e non sé, a distinguere tra padre e madre, maschile e femminile.

Attraverso la socializzazione costruiamo la nostra identità e costruiamo il nostro modo di vivere i rapporti con gli altri. È la positività o meno delle nostre esperienze che favorisce una maggiore o minore soglia di tolleranza alla novità e a ciò che è diverso da noi; questo permetterà, nel tempo, di accettare o meno un’altra persona dentro di noi.

L’identità di genere è legata a una triade di processi:  
a) i modi in cui la famiglia (ma anche altri sistemi significativi) nelle sue relazioni favorisce le differenze di

Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina - Roma  
Servizio di Sessuologia Clinica

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

genere, come le gestisce, le co-costruisce, le sfida a volte, in base alle tre dimensioni paradigmatiche della differenziazione, della narrazione e della negoziazione collettiva;

- b) i modi in cui un soggetto e gli «altri significativi» raccontano e si raccontano storie di maschi e femmine, storie che attribuiscono a maschi e femmine certe qualità e non altre, certi valori, certe possibilità (storie permesse e storie proibite);
- c) i modi di essere che ognuno inventa per sé, scegliendo di aderire alle aspettative sociali, ma anche esercitando la sua “capacità biografica”, tipicamente umana, e cioè la capacità di scegliere il proprio destino.

Numerose donne soffrono perché il loro ruolo non viene valorizzato dall'altro sesso: ancor oggi assistiamo a fenomeni di continui boicottaggi che nascono già nella famiglia di origine e nel luogo di lavoro.

*“Ci sono, nella vita, incontri stimolanti che ci spingono a dare il meglio di noi, ci sono anche incontri che ci minano e che possono finire col distruggerci. Un individuo può riuscire a rovinare un altro con un processo di molestia morale” (Hirigoyen).*

## Il significato psicologico della patologia del dolore

Per capire il significato di ogni patologia del dolore, è necessario addentrarci:

A Ø nella storia di vita personale

B Ø nella storia relazionale di coppia.

Dal punto di vista semeiologico (Graziottin), di questi disturbi è essenziale qualificare sempre:

- Ø il tempo d'insorgenza: fin dall'inizio della vita sessuale o acquisito dopo un periodo di normale vita sessuale;
- Ø quando il sintomo si è manifestato e in quali circostanze;
- Ø la relazione tra sintomo e contesto: se il dolore è presente sempre e con qualsiasi partner o solo in alcune situazioni (*situational*);
- Ø se il sintomo è presente solo in specifiche situazioni o sempre.

La dispareunia e il vaginismo sono due disfunzioni sessuali diffuse ed estremamente frustranti per le donne. Il *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* li elenca come due malattie separate nella sottocategoria delle disfunzioni sessuali.

La più recente classificazione dei disturbi sessuali femminili (*FSD, Female Sexual Dysfunctions*), pubblicata sul *Journal of Urology* di marzo 2000 include nella categoria dei *Sexual Pain Disorders* tre disturbi diversi:

- 1) la dispareunia descritta come un dolore genitale ricorrente o persistente che compare durante il rapporto sessuale;

2) il vaginismo che indica uno spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale (associato o meno ad un variabile grado di fobia della penetrazione);

3) i disturbi sessuali non coitali caratterizzati da dolore (per esempio la clitoralgia o il dolore al vestibolo vulvare durante il petting).

In modo più completo si definisce pertanto come vaginismo uno spasmo involontario dei muscoli della pelvi prossimi al terzo inferiore della vagina. Tra questi direttamente coinvolti sono i muscoli perineali e l'elevatore dell'ano. La gravità del vaginismo è quindi direttamente proporzionale all'intensità dello spasmo, che avviene ogni volta che si tenta il coito.

Il vaginismo è una patologia dove la componente psicologica ha maggiore rilevanza. Va comunque effettuato un esame obiettivo per accertare che non siano presenti patologie vulvo-perineali come cisti del Bartolino, dermatiti o neo-formazioni sui genitali esterni.

Il tentativo di penetrazione comporta dolore, paura, umiliazione e frustrazione, spesso anche sensazioni di inadeguatezza e abbandono. Il disagio dovuto a ripetuti tentativi di penetrazione o l'esame con speculum possono scatenare l'irrigidimento dei muscoli della pelvi, delle cosce, dell'addome e delle gambe. Come accade per il rapporto sessuale, le donne hanno già sperimentato l'insuccesso di visite ginecologiche, la difficoltà nell'utilizzo di assorbenti interni e l'impossibilità di procedere al prelievo con tamponi cervicali per l'esecuzione di esami istologici; per loro, tutto questo è pressoché impossibile.

Le cause primarie e secondarie del vaginismo sono sempre psicogene per cui l'intervento chirurgico (praticato da alcuni) non produce miglioramenti: il problema non è la rigidità dell'imene tanto è vero che il “dolore” persiste anche dopo l'imenectomia.

Oltre a problemi legati alla disinformazione sull'anatomia maschile e femminile e alle paure relative all'atto sessuale, si è notato come notevole peso hanno quegli ambienti familiari che colpevolizzano la sessualità femminile.

I fattori psicologici più frequentemente riscontrati nelle donne affette da vaginismo, sono una educazione eccessivamente rigida, che porta a sviluppare sensi di colpa ed angosce nei confronti del sesso ed una cattiva informazione sull'atto sessuale, che determina una forte paura di provare dolore fisico. La previsione della penetrazione, come evento doloroso, provoca una risposta di evitamento e un abbassamento della soglia del dolore, sul quale il soggetto concentra la propria attenzione, confermando di provare effettivamente dolore.

La dispareunia, cioè l'insorgenza di dolore alla penetrazione, vede più frequentemente implicata una causa

organica. In questi casi il dolore avviene all'introduzione del pene in vagina, e può essere sia orificiale che profondo.

Rispetto al vaginismo le cause organiche possono essere molteplici, di frequente riscontro sono fattori flogistici cronici, cerviciti, endometriosi, varicocele, o retroversoflessione uterina, o in altri casi possono essere presenti vaginiti su basi infettive, Candida, Trichomonas, Gardnerella. A queste patologie, vanno aggiunte anche quelle legate a distrofia della mucosa vaginale, presente in età senile.

La dispareunia indica un dolore genitale ricorrente associato all'attività sessuale, e può essere definita primaria (quando il dolore durante il rapporto è sempre presente) o secondaria (quando il dolore compare in seguito).

Il termine viene generalmente utilizzato per descrivere il dolore alla penetrazione, ma può insorgere anche durante la stimolazione genitale ed è descritto in relazione al sito in cui esso si presenta.

Si è sempre pensato che la dispareunia superficiale (all'ingresso della vagina o intorno ad essa) avesse un'origine psicogena, mentre la dispareunia profonda fosse determinata da una causa organica; tuttavia, tali spiegazioni non sono più ritenute valide. È importante identificare l'anamnesi del dolore, il luogo di presentazione, il tipo di dolore, la severità, l'insorgenza, la durata e qualsiasi altro fattore ad esso associato. È necessario annotare tutte le anomalie fisiche e discuterne gli effetti sulla relazione sessuale. È necessario ricordarsi che i segni non sono sempre visibili e che può risultare utile l'esecuzione di un esame istologico della vulva.

Le cause principali della dispareunia superficiale introitale e mediovaginale possono essere:

- ormonali (perdita di estrogeni e di androgeni) con conseguenti distrofie vulvo vaginali;
- psicosessuali (vaginismo; disturbi dell'eccitazione, perdita di desiderio);
- infiammatorie (vaginiti, vestiboliti, cistiti postcoitali, usualmente secondarie al trauma "meccanico" del rapporto quando l'eccitazione è scarsa, quando l'elevatore dell'ano è teso e contratto e quando l'ipoestrogenismo aumenta la vulnerabilità della vescica);
- muscolari (ipertono, mialgia tensiva del pavimento pelvico);
- iatrogene (effetti collaterali della chirurgia perineale, episiotomia-rafia, in primis, nonché colpoplastiche anteriori e posteriori, e pelvica);
- neurologiche (neuropatie sistemiche e periferiche);
- connettive e immunitarie (sindrome di Sjogren);
- vascolari, sia per effetto di fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, che possono causare difficoltà di eccitazione con conseguente secchezza vaginale, sia per più drastici danni vascolari iatrogeni, per esempio in corso di radioterapia pelvica.

Dal punto di vista psicologico nella dispareunia c'è invece un significato isterico di vantaggio secondario e una forte ostilità verso gli uomini e la sessualità in generale. Le donne che ne sono affette sono spesso ossessive; i casi di vaginismo sono completamente diversi e la personalità è più di tipo isterico-fobica; in queste pazienti la libido è intatta nonostante "la paura" dell'atto.

Molteplici fattori relazionali possono contribuire a persistere e all'aggravarsi della percezione del dolore, e al peggioramento della dispareunia stessa, attraverso l'ansia, la depressione, l'inibizione dell'eccitazione e della lubrificazione, la tensione fisica ed emotiva.

Le cause di dispareunia profonda includono l'endometriosi, la malattia infiammatoria pelvica (PID), il varicocele pelvico, i dolori riferiti, soprattutto a genesi mialgica da *trigger points*, specie sull'elevatore; esiti di radioterapia; sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES) e pelvici.

Tornando alle componenti più prettamente psicologiche, osserviamo le possibili cause legate alla storia personale e a quella della relazione di coppia in atto:

A Ø nella storia di vita personale

- Ø Vissuto negativo della sessualità nell'adolescenza
- Ø Precedenti esperienze negative
- Ø Non avere fiducia nel partner
- Ø Patologia dell'intimità
- Ø Modello relazionale della coppia dei genitori
- Ø Istigazione al sintomo da parte di un genitore
- Ø Vissuto negativo dell'immagine corporea
- Ø Fobie sessuali
- Ø Molestie sessuali subite
- Ø Abusi sessuali subiti
- Ø Psicopatologie specifiche (*sexual addiction*, *internet addiction*).

È evidente che il dolore sessuale ripetuto può dare luogo ad un ciclo di dolore in cui il timore del dolore stesso porta ad evitare l'attività sessuale che lo scatena, la quale - a sua volta - porta alla mancanza di eccitazione, impossibilità di raggiungere l'orgasmo e calo del desiderio. Tutto ciò può condurre sino alla completa rinuncia dell'attività sessuale e a far insorgere gravi difficoltà nella relazione tra due partner.

Il tentativo di penetrazione comporta dolore, paura, umiliazione e frustrazione, spesso anche sensazioni di inadeguatezza e abbandono. Il disagio dovuto a ripetuti tentativi di penetrazione o l'esame con speculum possono scatenare l'irrigidimento dei muscoli della pelvi, delle cosce, dell'addome e delle gambe. Come accade per il rapporto sessuale, le donne hanno già sperimentato l'insuccesso di visite ginecologiche, la difficoltà nell'utilizzo di assorbenti interni e l'impossibilità di procedere al prelievo con tamponi cervicali per l'esecuzione di esami istologici.

- B Ø nella storia relazionale di coppia
- Ø Sintomo primario/secondario
  - Ø Il sintomo nel fidanzamento
  - Ø Il sintomo all'inizio del matrimonio
  - Ø La paura del legame
  - Ø Vincolo alla famiglia di origine
  - Ø Patologia del desiderio femminile
  - Ø Deficit erettile del partner.

### Le strategie terapeutiche e la collaborazione ginecologo-sessuologo

Saper “accogliere” queste pazienti è il primo passo basilare per costruire il cammino verso la guarigione del sintomo. Sono opportune alcune differenziazioni a seconda che:

- la paziente si presenta al colloquio da sola. In questo caso è necessario
  - . vincere la diffidenza
  - . lavorare dapprima sull'identità personale
  - . verificare la ripercussione del sintomo su altre aree relazionali;
- la paziente venga col partner. In questo caso è necessario
  - . capire come mai hanno chiesto aiuto in quel momento
  - . coinvolgere il partner nella terapia.È altrettanto necessario indagare su
  - la fiducia\sfiducia nella relazione con il partner
  - la paura del legame
  - il non sentirsi adeguata.

Con estrema cautela vanno poi valutate eventuali patologie del partner (v. dati statistici nella nota finale): molto spesso le problematiche femminili vengono accentuate anche come “copertura” a problematiche sessuali del coniuge.

### Il primo contatto terapeuta-paziente

La paziente con problemi della sessualità legati al dolore, ha un atteggiamento verso “l'intervento psicologico” molto particolare il che impedisce di seguire i canoni tradizionali più facilmente applicabili in altre sintomatologie.

Iniziamo ad esaminare le situazioni che si possono creare quando il primo contatto è telefonico:

- a) la paziente o il partner tende a chiedere un generico appuntamento di consulenza senza specificare né l'inviante (se non genericamente per esempio, dice che l'inviante è un medico amico di un amico, ma di cui non ricorda il nome) né il sintomo (si dà per scontato che la richiesta verta nel campo della ses-

sualità per la specificità di quel Servizio o del terapeuta).

Il terapeuta in genere evita commenti o richieste di maggiori informazioni sia per non creare imbarazzo sia perché il più delle volte la paziente telefona da un luogo non riservato.

Quando invece viene percepita una certa “disponibilità al dialogo” si tende:

- a coinvolgere sin dal primo incontro l'eventuale partner significativo e quindi abbozzare una prima sommaria definizione del *setting*, in altre parole proponiamo già una lettura del problema “all'interno della coppia” e non sul singolo partner;
- a valutare, nelle situazioni più eclatanti l'opportunità di inviarlo prima dagli specialisti per un accertamento organico del problema.

Quest'ultimo passo contribuisce anche a definire meglio il contesto terapeutico e contemporaneamente a “eliminare” pericolose interferenze al lavoro psicologico; infatti la maggior parte dei pazienti con problemi sessuali tende a “medicalizzare” il problema cercando, quindi, la medicina giusta o la causa organica scatenante per evitare qualsiasi coinvolgimento emotivo.

- b) il terapeuta si limita a dare l'appuntamento senza particolari specificazioni salvo quelle richieste esplicitamente dal paziente.

Quando il primo incontro avviene direttamente nel Servizio (per esempio, ha preso l'appuntamento tramite l'amministrazione), si adottano gli stessi accorgimenti.

La strategia terapeutica ottimale è quella di una stretta collaborazione tra sessuologo, ginecologo e andrologo se necessario (il partner come detto può avere problemi coperti o è entrato in un circolo vizioso). L'obiettivo è coinvolgere la coppia a “riscrivere” la storia sessuale e affettiva, favorendo lo svincolo dalle famiglie di origine<sup>2</sup>.

Dedichiamo uno spazio più specifico al cosiddetto matrimonio bianco o non consumato anche se tutta la casistica va comunque letta nelle dinamiche di cui si è detto precedentemente.

Ho preferito nel tempo usare il termine relazione bianca perché ci sono stati moltissimi casi in cui i due partner - indipendentemente dal loro stato civile - non riuscivano ad avere rapporti sessuali pur volendolo liberamente. Lo studio approfondito di questi casi ha messo in evidenza successivamente che i problemi scatenanti rientravano nelle stesse dinamiche relazionali delle coppie regolarmente sposate o conviventi.

La relazione bianca può essere definita come “la difficoltà ad avere rapporti sessuali completi” dopo che la coppia ha stabilito volontariamente un legame stabile (fidanzamento, matrimonio o altre forme di convivenza). Tuttavia la nostra definizione va approfondita in quanto numerose sono le variabili da tenere in conto (prima fra tutte “il contesto culturale” in cui la coppia agisce), per cui numerose possono essere le cause e “i

significati” della situazione. Non possiamo trascurare infatti le aspettative del sistema culturale e quelle del sistema familiare di origine.

Un aspetto ulteriore potrebbe essere il vedere se esistono differenze tra “il prima e il dopo” la creazione ufficiale del legame: abbiamo avuto diversi casi di coppie che da fidanzati avevano rapporti sessuali positivi e da sposati non sono più riusciti ad avere rapporti.

Dolore e paura ai tentativi di penetrazione vaginale diventano una forte angoscia anche solo “all’idea di avere un rapporto”.

Alla base pertanto, c’è sempre una fobia del coito: “la donna si difende da queste dinamiche pulsionali interne con la convinzione di *essere fatta male* fisicamente, di avere la vagina stretta, ecc.”<sup>3</sup>

A tutto questo va aggiunta quella che ho definito “patologia dell’intimità”.

Questo aspetto è di “non facile lettura” e, soprattutto, non individuabile ad un primo esame.

Per patologia dell’intimità intendiamo la paura a stabilire legami nel timore che il partner “rubi” il nostro spazio vitale.

Per approfondire questo argomento prendiamo a prestito alcune terminologie proprie dell’etologia.

Ognuno di noi costruisce nel tempo una sorta di “zona cuscinetto” (una specie di cerchio magico) attorno a sé: questa può essere molto piccola o molto ampia: nel primo caso si permette a chiunque di “avvicinarsi” e quindi di avere uno scambio continuo con l’esterno; nel secondo caso “manteniamo le distanze” nel timore di essere danneggiati nelle relazioni con gli altri. Le numerose ricerche in materia hanno evidenziato come la zona cuscinetto ristretta implica anche una immagine di sé positiva e minor autoritarismo, mentre una zona cuscinetto ampia denota una bassa immagine di sé e un alto grado di autoritarismo.

Nei casi di relazione bianca possiamo ipotizzare proprio la presenza di “ampie zone di distacco” che non permettono l’intimità, vissuta con il timore di “perdere”. La coppia che non è pronta a “creare un legame” finisce con il manifestare la sua immaturità mediante il sintomo sessuale.

I terapeuti cognitivi comportamentali centrano molto del loro lavoro su quelle che chiamano le “*beliefs*” sul sesso cioè su quegli “elementi organizzatori del pensiero che regolano e coordinano l’elaborazione delle informazioni in modo che tutto rientri in un’unica costruzione della realtà”.

Il lavoro clinico è molto accentrato sugli antecedenti (situazioni stimolo o persone stimolo che favoriscono il problema) e sui conseguenti (tutto quello che succede dopo che il problema si è presentato).

Le terapie cognitive comportamentali per il vaginismo consistono in un programma di rilassamento con esercizi specifici per rilassare i muscoli che circondano la vagina e la sua desensibilizzazione sistematica.

La donna impara a controllare lo spasmo muscolare della vagina quando introduce lentamente dei dilatatori di dimensioni sempre maggiori. Questi strumenti possono essere: dita, tamponi o specula appositamente progettati; la donna ha il pieno controllo di sé e ciò le dà molta fiducia. Il programma continua fino al punto in cui la donna sarà in grado di condividere la fase dell’inserimento con il partner; questo stadio è quindi seguito dall’introduzione del pene nella vagina mentre la donna ha ancora il pieno controllo della situazione.

Anche l’elemento fobico del problema deve essere affrontato e, spesso, è la parte più difficile della terapia. Sebbene le donne possano rifiutare la prospettiva di un programma terapeutico, la percentuale di successo sfiora il 100% se la donna decide di continuare il programma. Lo scopo del trattamento mira a raggiungere una situazione in cui la donna percepisce di essere in grado di “possedere la vagina” e può trasportare, se vuole, questa sensazione anche nella sua vita sessuale.

I terapeuti che usano metodi pragmatici (ipnosi, training autogeno, tecniche corporee) tendono invece a desensibilizzare l’individuo e fargli superare l’ansia legata al sesso.

Le tecniche corporee tendono a:

- recuperare l’integrità corporea e l’immagine globale di sé;
- recuperare le sensazioni perdute o rimosse;
- favorire il recupero energetico del corpo nella prospettiva della bioenergia;
- favorire la regressione “autorizzata” alternata a meccanismi di “espansione di sé”;
- ritrovare forme di comunicazione privilegiata quando il linguaggio verbale è alienato;
- favorire la presa di coscienza dei ruoli in particolare nella coppia.

I terapeuti sistemico relazionali privilegiano l’analisi della relazione di coppia (dalla sua formazione a come si è “strutturato” il legame nel tempo). L’obiettivo terapeutico è quello di far raggiungere alla coppia una sua autonomia e a far “ricostruire il loro rapporto” su basi nuove. Si presta particolare attenzione a quei processi “collusivi” in cui c’è un’attribuzione reciproca dei bisogni, desideri, paure.

Partendo dal concetto di sistema come “unità organizzata di relazioni tra elementi, azioni e individui”, questo tipo di approccio tende a spingere la coppia a “definire” i suoi confini all’interno (tra i due partner) e all’esterno (rispetto alle famiglie di origine).

Per fare un esempio, nella relazione bianca la coppia è “fedele” ai miti familiari rispettivi, “leale” verso gli pseudo-vincoli in cui si sono imprigionati da soli nella relazione con il partner e non sono in grado di costruire la loro isola: la conseguenza immediata è che i due partner in realtà “rappresentano” le aspettative di altri in quanto ancora fortemente vincolati alle famiglie di origine.

## Conclusioni

### *Il ruolo determinante dell'accoglienza*

Come già accennato è fondamentale creare un clima di ascolto positivo.

Nel definire i criteri dell'accoglienza, bisogna tener presente pertanto le aspettative dell'utente: per cui è necessario:

- rispettare la paziente senza atteggiamenti di superficialità o di pregiudizio
- poter fare il colloquio senza subire interruzioni, avere ambienti idonei e garanti della riservatezza
- avere la pazienza di rispettare i tempi psicologici della paziente. Non andare di fretta secondo un proprio programma prestabilito e adattarsi sempre alla persona sia dandole continuamente informazioni sugli aspetti anatomico-fisiologici sia facendole esplicitare le proprie sensazioni e/o eventuali dubbi e paure.

Questo deve poter far rispondere in modo chiaro

alle richieste talvolta non ben definite e percepire con empatia i bisogni che possono essere nascosti dietro la richiesta stessa.

- poter lavorare realmente in équipe con gli altri.

“La non ... chiarezza” iniziale (le mezze parole, i “non-ricordo”, l'incertezza, ecc.) va accettata al fine di non creare imbarazzo alla paziente e soprattutto per non compromettere il clima della relazione terapeutica che si sta creando.

La terapia consiste nel creare un contesto di ascolto per favorire la capacità delle persone a esprimere le proprie emozioni e dare un significato alla propria storia di vita dando anche una ridefinizione in positivo dei dolori vissuti; è anche la prima mossa per valorizzare l'unicità della propria esperienza.

È fondamentale costruire un clima in cui esistono “le persone e non i sintomi da curare” per cui saranno molto utili “domande sfida, prive di senso, ambigue e aperte”: tutto questo spinge ad attirare un processo creativo che permette al terapeuta di entrare nelle dinamiche emotive della coppia e dei due partner e renderà più facile strutturare insieme il processo di cambiamento.

<sup>1</sup> La casistica clinica di riferimento è quella del Servizio di Sessuologia Clinica Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina dal 1978 al 2004. Sinteticamente i dati possono essere così riassunti:  
Periodo 1978-2002

Casi di **relazione bianca** (matrimonio non consumato) per vaginismo n. 518  
Casi di dispareunia secondaria n. 199

#### Anno 2003

Casi di **relazione bianca** (matrimonio non consumato) per vaginismo n. 67  
Casi di dispareunia secondaria n. 11  
I “sintomi nascosti” di deficit erettile n. 38 su 78

#### Gennaio-settembre 2004

Casi di **relazione bianca** (matrimonio non consumato) per vaginismo n. 25  
Casi di dispareunia secondaria n. 7  
I “sintomi nascosti” di deficit erettile n. 7 su 32

Per un maggiore e più dettagliato approfondimento si rimanda ad altre pubblicazioni dell'A. citate in bibliografia.

<sup>2</sup> In moltissimi casi - soprattutto di matrimonio non consumato - abbiamo verificato la forte dipendenza di un partner o di entrambi dalle proprie famiglie di origine.

<sup>3</sup> Walthard (citato da Eicher, 1980) è stato il primo a fare una descrizione clinica del vaginismo nel 1909 definendolo come la combinazione involontaria e non intenzionale di movimenti consistente in 4 posture:

- a) adduzione e ondeggiamento delle cosce
- b) lordosi della colonna vertebrale
- c) chiusura di entrambi gli osti pelvici
- d) spostamento di tutto il corpo.

## Bibliografia

1. BASSON R. et al.: *Report of International Consensus development conference on female sexual a. dysfunction and classifications*. Journal Urol, 163: 888-93, 2000.
2. BUTCHER J.: *Problemi sessuali femminili. Dispareunia e paure correlate al sesso*. In: A. J. Tomlinson (a cura di), ABC of Sexual Health. BMJ Publishing; London, 1999 (ed. it. 2000).
3. EICHER W.: *Il trattamento del vaginismo in ginecologia*. In: Forleo R. e Pasini W. (a cura di), *Sessualità e Medicina*. Feltrinelli, Milano, 1980.
4. FRIEDMANN L.J.: *Virgin Wives*. Tavistock Pub. London,

- 1962.
5. GRAZIOTTIN A.: *Organic and psychologic factors in vulval pain: implication for management. Sexual Marital Therapy.* 13, 3: 329-38, 1998.
  6. HIRIGOYEN M.F.: *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro.* Einaudi, Torino, 2000.
  7. KAPLAN H.: *Dare un senso al sesso.* Feltrinelli, Milano, 1983.
  8. KINSEY A.: *Sexual Behavior in human female.* W.B. Saunders Co., Philadelphia\London, 1953.
  9. MONEY J. : *Amore e mal d'amore.* Feltrinelli, Milano, 1983.
  10. PELUSO A.: *Corpo che si ribella. Sottili giochi relazionali nascosti dietro vaginismo e dispareunia.* In Paparella P.L., a cura di, *Pavimento pelvico femminile. fisiologia e disfunzioni.* Poletto, Milano, pp. 143-165, 2004.
  11. PELUSO A.: *La coppia e la complicità. La magia dell'incontro, la paura delle differenze, il fascino dell'intimità.* San Paolo, Milano, 1999.
  12. PELUSO A.: *L'amore che bussa. Un viaggio tra la fretta di crescere e la paura di invecchiare.* Edizioni S. Paolo, 2003.
  13. PELUSO A., PELAMATTI L.: *Gonne e pantaloni. Il maschile e femminile nella coppia.* Edizioni S. Paolo, 2004.
  14. PELUSO A.: *Il corpo che cresce. I comportamenti adolescenziali in ambito sessuale.* Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 2004.
  15. PELUSO A.: *La sessuologia clinica per il terzo millennio: un servizio per la persona al di là dei miti del farmaco miracoloso, del cybersex e delle statistiche.* IACP Rivista Da Persona a Persona, 10: 39-72, 2001.
  16. PELUSO A., CANTELMÌ T., SCALABRIN S.: *La falsa seduzione. Il pericoloso gioco mascherato degli induttori di patologia.* Cultura e Libri, 130: 29-46, 2000.
  17. PELUSO A.: *L'approccio sistemico relazionale in sessuologia clinica. Introduzione ai giochi relazionali delle coppie con problemi della sessualità.* Rivista di Scienze Sessuologiche, 1: 73-82, 1988.
  18. PELUSO A.: *La triplice prescrizione invariabile in sessuologia clinica.* Contraccezione Sterilità Fertilità, 6: 497-509, 1991.
  19. WALTHARD M.: *Die psychogene aetiologie und psychotherapie des vaginismus.* Munch. Med. Wochenschr, 56: 1998-2000, 1909.
-

