

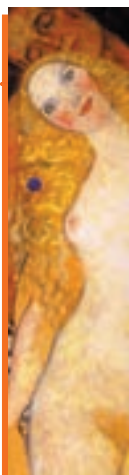
sessuologia Medica

A cura di Emmanuele A. Jannini e Andrea Lenzi

Fisiopatologia dell'orgasmo femminile

Carlo Ticconi, Adalgisa Pietropolli, Alessandra Palattella, Emilio Piccione

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Dipartimento di Chirurgia, Sezione di Ginecologia e Ostetricia, Policlinico "Tor Vergata", Roma



La scuola di Ginecologia di Tor Vergata diretta dal Prof. Emilio Piccione tratta in questo articolo il tema dell'orgasmo femminile. È evidente il ritardo della medicina in questo campo, visto che si è dovuto attendere gli ultimissimi anni per una compiuta descrizione anatomica della principale porta del piacere, il clitoride. Altrettanto nuove sono le evidenze che chiudono il dibattito sul Punto G, o di Grafenberg, ormai riconosciuto come una realtà anatomica di variabilissima estensione e funzionalità nella risposta orgasmica.

L'orgasmo costituisce un'importante fase della fisiologica funzione sessuale nella donna. I disturbi dell'orgasmo sono uno tra i più frequenti tipi di disfunzione sessuale femminile, potendo interessare circa una donna adulta su quattro. Esistono molteplici cause di anorgasmia. La valutazione diagnostica e il *management* terapeutico dei disturbi dell'orgasmo richiedono un approccio strutturato e multidisciplinare.

INTRODUZIONE

L'importanza della sessualità nell'equilibrio psicofisico, emozionale, sociale e relazionale dell'individuo è ogni giorno crescente nella società contemporanea. Per questo motivo si riscontra un altrettanto crescente interesse della classe medica verso la conoscenza più approfondita della funzione sessuale, sia maschile che femminile, e dei suoi disordini. In questo contesto, un aspetto di specifico interesse è costituito dalle problematiche riguardanti l'orgasmo femminile e i suoi disordini, argomento che è di per sé di difficile approccio scientifico e anche clinico, dal momento che è poco affrontato dai medici; per contro, sovente le donne sono reticenti ad esporre le personali problematiche riguardanti l'orgasmo.

L'obiettivo di questo articolo è quello di

esaminare sinteticamente le principali caratteristiche fisiologiche dell'orgasmo femminile, di presentare le forme più significative di disordini dell'orgasmo nella donna e di esporre le attuali strategie di approccio diagnostico e di *management* terapeutico per questa frequente forma di disfunzione sessuale.

FISIOLOGIA DELL'ORGASMO FEMMINILE

Nella donna l'orgasmo può essere definito una sensazione di profondo piacere, di intensità e durata variabili nel singolo individuo, che crea una alterazione transitoria dello stato di coscienza. A questa si accompagnano contrazioni ritmiche e involontarie della muscolatura striata pelvica che circonda la vagina e contrazioni del-

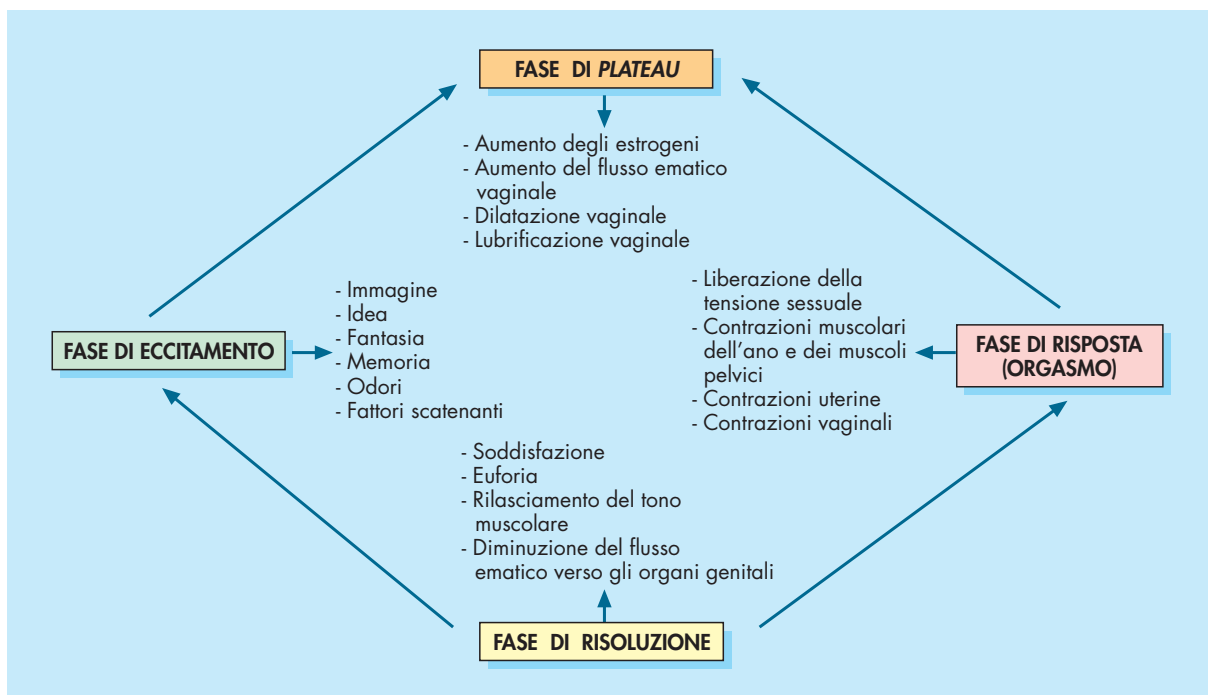


Figura 1 – Rappresentazione schematica della fisiologia della funzione sessuale femminile e dei fattori in essa coinvolti. Modificata da (2).

l'utero e della muscolatura dell'ano, in particolare del muscolo elevatore dell'ano. L'orgasmo è un'esperienza altamente soggettiva, che induce una sensazione di benessere e appagamento.

Esistono almeno due sedi anatomiche dalle quali scaturisce l'orgasmo femminile: il clitoride esterno e il suo approfondimento all'interno della parete vaginale anteriore che, assieme alle ghiandole esocrine parauretrali, costituisce il cosiddetto Punto G (1). È stata dimostrata una grande variabilità individuale sia nell'anatomia sia nella risposta fisiologica.

Considerato nel contesto della fisiologia della risposta sessuale della donna, l'orgasmo costituisce una delle fasi della funzione sessuale femminile, secondo la classica descrizione di Masters e Johnson (2) (Figura 1). È un riflesso sensoriale-motorio contraddistinto da una complessa e ancora in gran parte sconosciuta serie di modificazioni ormonali, neurovegetative, metaboliche, cardiovascolari e psicoemozionali. Tra le modificazioni ormonali e neurovegetative rilevate durante l'orgasmo, particolarmente significativo appare l'aumento dei livelli circolanti di ossitoci-

na, prolattina e norepinefrina (3). A livello cardiovascolare si riscontra un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa (4, 5). A livello cerebrale è stata rilevata, al momento dell'orgasmo, una attivazione del nucleo paraventricolare dell'ipotalamo, dell'ippocampo, del cervelletto, della sostanza grigia periacqueduttale del tronco dell'encefalo. A livello neurovegetativo e neuromuscolare l'orgasmo comporta l'attivazione di un riflesso midollare che integra stimoli provenienti dagli organi genitali attraverso il nervo pudendo (S2-S4) e dal sistema nervoso centrale attraverso vie corticomidollari serotoninergiche e vie colinergiche facilitatorie (6). A livello degli organi genitali e pelvici, si rilevano congestione di tutte le strutture cavernose e una serie di contrazioni ritmiche (8-10, in genere) della muscolatura vaginale, dell'utero e dell'elevatore dell'ano.

Recentemente, è stata suggerita anche la possibilità che esista una componente genetica capace di influenzare, peraltro in maniera e con modalità non ancora ben definite, la variabilità della frequenza con la quale viene raggiunto l'orgasmo nella donna (7).

DEFINIZIONE ED ASPETTI EPIDEMIOLOGICI DEI DISTURBI DELL'ORGASMO FEMMINILE

I disturbi dell'orgasmo nella donna costituiscono una componente importante nell'ambito più generale dei disordini della funzione sessuale femminile (8), che per completezza di trattazione vengono riportati in *Tabella 1*. È stato infatti rilevato che tra tutte le varie disfunzioni sessuali – che nel complesso interessano in vario modo e con differente gravità il 40-45% circa delle donne adulte (9) – i disturbi dell'orgasmo sono la seconda patologia più frequentemente riportata, essendo stati riscontrati nel 24% circa delle donne (10). Questi disturbi possono essere definiti come mancanza totale dell'orgasmo, o marcata diminuzione dell'intensità delle sensazioni orgasmiche, oppure ancora marcato ritardo dell'orgasmo, a seguito di qualunque tipo di stimolazione, in donne che riferiscono di raggiungere comunque un grado elevato di eccitazione sessuale (11). Essi possono verificarsi isolatamente o essere associati ad altri tipi di disfunzione sessuale. Un disordine dell'orgasmo, inoltre, può essere generalizzato o limitato a un solo *partner*. Una donna che raggiunge l'orgasmo soltanto attraverso la masturbazione, ma non con il normale rapporto sessuale, è attualmente considerata non affetta da disfunzione sessuale a carico della fase orgasmica (10).

EZIOLOGIA DEI DISTURBI DELL'ORGASMO

Esistono numerose potenziali cause di disturbi dell'orgasmo femminile (*Tabella 2*). Esse sono molto differenti tra loro e possono interferire, singolarmente o in combinazione, con un corretto e soddisfacente orgasmo attraverso le più varie modalità, che vanno da una distrofia genitale da carenza di ormoni o senile, ad alterazioni della

Tabella 1 – Principali tipologie di disfunzione sessuale femminile.

- Disordini della libido
- Disordini dell'eccitamento
- Disordini dell'orgasmo
- Dolore ai rapporti sessuali

Tabella 2 – Principali cause dei disturbi dell'orgasmo.

- Distrofia dei tessuti genitali
- Stati di ipoestrogenismo e/o iperandrogenismo
- Lesioni del muscolo elevatore dell'ano in conseguenza di precedenti interventi ostetrici (episiotomia, parti vaginali operativi)
- Assunzione di droghe o di eccessive quantità di alcol
- Assunzione di farmaci (antidepressivi triciclici o inibitori della ricaptazione della serotonina)
- Traumi del plesso pudendo o lesioni dei genitali accidentali o volontarie a carattere rituale (infibulazione)
- Situazioni di conflittualità con il *partner* maschile
- Patologie urologiche in particolare vescicali, caratterizzate da incontinenza urinaria
- Inibizione sessuale e/o scarsa conoscenza della fisiologia della funzione sessuale

normale anatomia del pavimento pelvico conseguenti a pregresse lesioni ostetriche, ad uso di farmaci o droghe, a fattori più squisitamente relazionali di coppia o psicoemozionali individuali.

La conoscenza dei vari fattori eziologici e dei meccanismi con i quali essi agiscono costituisce un presupposto fondamentale all'approccio diagnostico e al successivo *management* terapeutico della donna affetta da disturbi dell'orgasmo.

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELLA DONNA CON DISFUNZIONE SESSUALE CARATTERIZZATA DA DISORDINI DELL'ORGASMO

La valutazione diagnostica di base comprende una attenta raccolta dell'anamnesi medica, sessuale e psicosociale, un esame fisico generale e mirato e l'esecuzione di specifici esami di laboratorio (12).

L'anamnesi medica mira a ricercare la presenza di patologie preesistenti in grado di peggiorare la funzione sessuale in genere e la fase orgasmica in particolare. Tra queste, sono compresi l'ipertensione arteriosa, il diabete, patologie vescicali o del pavimento pelvico associate a perdita involontaria di urina, pregressi interventi chirurgici ginecologici, per esempio isterectomia. È particolarmente importante effettuare una accurata indagine anam-



Tabella 3 – Principali modalità di approccio terapeutico ai disordini dell'orgasmo femminile.

- Approccio psicoanalitico
- Approccio cognitivo-comportamentale
- Approccio farmacologico

nestica ostetrica in riferimento alle modalità del parto vaginale (spontaneo od operativo), al peso fetale alla nascita, all'esecuzione di episiotomia o alla presenza di altre complicanze ostetriche.

L'anamnesi sessuologica è volta a ottenere informazioni sul benessere sessuale generale della donna, sulle caratteristiche della sua funzione sessuale e delle sue attuali relazioni sessuali.

La raccolta di una dettagliata anamnesi psicossociale è un momento essenziale nella valutazione della disfunzione orgasmica. Considerato il contesto interpersonale dei problemi sessuali, è importante una valutazione approfondita delle relazioni avute anche in passato con *partner* differenti dall'attuale.

L'esame fisico generale, unitamente a quello sessuologico genitale, costituisce un momento molto importante nella valutazione della donna con disordini dell'orgasmo. Potrà consentire di rilevare alterazioni a carico dei genitali esterni, degli organi erettili femminili, nonché distrofie della mucosa vulvare e/o vaginale, cicatrici da traumi pregressi o da interventi ostetrici, eventuali situazioni di prolasso genitale. L'esame combinato addomino-pelvico potrà permettere di valutare l'integrità della muscolatura pelvica – in particolare dell'elevatore dell'ano – e potrà evidenziare aree la cui palpazione suscita dolore.

Gli esami di laboratorio generalmente sono rivolti a valutare l'assetto metabolico (glicemia, colesterolo, lipidi) e quello ormonale (estrogeni, progesterone, prolattina, androgeni, ormoni tiroidei) della donna.

Al termine di questa valutazione si dovrebbe poter porre diagnosi della presenza o meno di una

disfunzione sessuale, di caratterizzarla nel dettaglio, di individuare eventuali comorbidità, e di scomporla nella sua esatta tipologia.

MANAGEMENT TERAPEUTICO

L'approccio terapeutico attuale dell'anorgasmia si avvale di diverse modalità di trattamento (*Tabella 3*). Al momento attuale, sono disponibili limitati dati scientificamente attendibili sulla validità di questi trattamenti, fatta eccezione per l'approccio cognitivo-comportamentale e, in misura minore, per quello farmacologico (13). La terapia cognitivo-comportamentale dell'anorgasmia ha come obiettivo quello di promuovere cambiamenti significativi nelle attitudini sessuali e nelle convinzioni sul sesso e sulla sessualità, di diminuire il grado di ansia e di aumentare la capacità di ottenere un orgasmo e di avere una migliore soddisfazione sessuale. A tale scopo vengono tradizionalmente prescritti esercizi comportamentali volti a indurre i suddetti cambiamenti. Tra questi sono compresi anche l'autoerotismo, esercizi di desensibilizzazione in caso di ansia, esercizi volti a migliorare l'educazione sessuale, esercizi volti a migliorare la capacità comunicativa e relazionale, esercizi volti a migliorare lo stato e il controllo del tono della muscolatura pelvica. Possono essere anche utilizzabili dispositivi elettromeccanici di stimolazione genitale. Al momento, non sono disponibili agenti farmacologici in grado di trattare direttamente donne con disordini dell'orgasmo. Il trattamento con agenti ormonali, per esempio estrogeni, può migliorare il trofismo delle mucose genitali in condizioni di deprivazione ormonale, ad esempio in menopausa, e favorire indirettamente il raggiungimento dell'orgasmo in donne nelle quali il rapporto sessuale è di cattiva qualità a causa del dolore sovente provocato dalla conseguente distrofia genitale. L'utilità clinica dell'impiego nell'anorgasmia femminile di farmaci vasodilatatori, quale il sildenafil, trova il suo razionale nella maggior facilità alla lubrificazione nelle donne trattate, pur non avendo effetti diretti e necessitando ancora di *trial* clinici controllati.

BIBLIOGRAFIA

1. Jannini EA, d'Amati G, Lenzi A. Histology and immunohistochemical studies of female genital tissue. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, *et al* (Eds), *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. Taylor and Francis, London, 2006, p 125.
2. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1966, p 1.
3. Arcos B. Female sexual function and response. *J Am Osteop Ass 104* (Suppl 1): S16, 2004.

4. Exton MS, Bindert A, Kruger T, *et al.* Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosom Med* 61: 280, 1999.
5. Bancroft J. Cardiovascular and endocrine changes during sexual arousal and orgasm. *Psychosom Med* 61: 290, 1999.
6. Komisaruk BR, Whipple B, Crawford A, *et al.* Brain activity (fMRI and PET) during orgasm in women, in response to vaginocervical self-stimulation. *Abst Soc Neurosci* 841: 17, 2002.
7. Dawood K, Kirk KM, Bailey JM, *et al.* Genetic and environmental influences on the frequency of orgasm in women. *Twin Res Hum Genet* 8: 27, 2005.
8. Pauls RN, Leeman SD, Karram M. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv* 60: 196, 2005.
9. Lewis RW, Fugl-Meyer SK, Bosch R, *et al.* Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 1: 35, 2004.
10. Meston CM, Hull E, Levin RJ, *et al.* Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 1: 66, 2004.
11. Basson R, Leiblum S, Brotto L, *et al.* Revised definition of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 1: 40, 2004.
12. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, *et al.* Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med* 1: 49, 2004.
13. Heiman JR. Orgasmic disorders in women. In: Leiblum SR, Rosen RC (Eds), *Principles and practice of sex therapy*. Guildford Press, New York, 2000, p 50.

Corrispondenza: Dott. Carlo Ticconi, Università di Roma "Tor Vergata", Dipartimento di Chirurgia, Sezione di Ginecologia e Ostetricia, Policlinico "Tor Vergata", Via Montpellier 1, 00173 Roma.
E-mail: ticconi@med.uniroma2.it