

SALA B

IL DISTURBO DELL'ECCITAZIONE GENITALE PERSISTENTE

Dott. Giovanni Pagnini

Psicologo clinico – Sessuologo clinico

FIS  **S** FEDERAZIONE
ITALIANA
SESSUOLOGIA
SCIENTIFICA

Definizione

Disturbo dell'Eccitazione Genitale Persistente / Disestesia Genito-Pelvica (*Persistent Genital Arousal Disorder / Genito-Pelvic Dysesthesia – PGAD/GPD*)

Condizione clinica «*caratterizzata da persistenti o ricorrenti, involontarie e intrusive, sensazioni stressanti di eccitazione genitale (es. sensazioni di essere sul punto di un orgasmo e di lubrificazione e rigonfiamento, formicolio, pulsazioni e contrazioni), non associate a desiderio sessuale, pensieri o fantasie*»

(ISSWSH, 2019)

Prevalenza

	Garvey et al. (2009)	Dèttore & Pagnini (2020)	Jackowich & Pukall (2020)	
	UK 	Italia 	Canada 	USA 
N° soggetti	95	679	1634	1026
% soggetti che riferivano sintomi del PGAD	1.0%	1.6%	0.6%	3%
Range*	0.6 % — 3%			

*(Goldstein et al., 2022)

Nomenclatura

Journal of Sex & Marital Therapy, 27:365-380, 2001
Copyright © 2001 Brunner-Routledge
0092-623X/01 \$12.00 + .00



Persistent Sexual Arousal Syndrome: A Newly Discovered Pattern of Female Sexuality

SANDRA R. LEIBLUM

University of Medicine & Dentistry of New Jersey-Robert Wood Johnson Medical School,
Department of Psychiatry, Piscataway, New Jersey, USA

SHARON G. NATHAN

Private Practice

This article describes a phenomenon, persistent sexual arousal syndrome (PSAS), which heretofore has not been noted or described in the sexuality, psychiatric or medical literature. The syndrome is precisely the opposite of female sexual arousal disorder (FSAD), in that the woman's complaint is of excessive and often unremitting arousal rather than of deficient or absent arousal. Five case descriptions are reported, highlighting the essential feature of the syndrome—persistent physiological arousal in the absence of conscious feelings of sexual desire. To date, no obvious hormonal, vascular, neurological, or psychological causes have been identified as underlying the symptoms of any of these patients. The cases are presented in the hope that they will stimulate efforts to investigate the prevalence, etiology, course, and management of PSAS.

2001

3

International Journal of STD & AIDS 2006; 17: 215-216

REVIEW

Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity

David Goldmeier MD FRCP¹ and Sandra R Leiblum PhD²

¹Jane Wadsworth Clinic, St Mary's Hospital, London W2 1NY, UK; ²Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ 08854, USA

Summary: The persistent sexual arousal syndrome (PSAS) is a newly described entity where women become involuntarily aroused genitally for extended periods in time in the absence of sexual desire. Genital vasoengorgement and oedema have been observed. These women are found to be usually very distressed. The cause of the syndrome in the majority of cases is unknown, although a number of women report symptoms after withdrawal from selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) antidepressants. There is no specific therapy at present, although electroconvulsive therapy (ECT) has resulted in clinical improvement in cases where there was concomitant severe depression.

2006

Criteria del PGAD (Leiblum & Nathan, 2001)

1. Sintomi fisiologici di eccitazione genitale che persistono per un periodo di tempo prolungato (ore o giorni), senza risolversi spontaneamente.
2. I sintomi non si risolvono con un'ordinaria esperienza di orgasmo ma potrebbero essere necessari orgasmi multipli, talvolta protratti per ore o giorni, per placare i sintomi.
3. I sintomi sono solitamente esperiti come non correlati ad alcuna sensazione soggettiva di eccitamento o desiderio sessuale.
4. L'eccitazione genitale persistente può essere scatenata non solo dall'attività sessuale ma anche da stimoli neutri o apparentemente non sessuali.
5. I sintomi sono percepiti come spontanei, intrusivi e involontari.
6. I sintomi devono causare almeno un moderato grado di disagio e sofferenza.

Nomenclatura

Criteria diagnostici e caratteristiche del PGAD/GPD (ISSWSH, 2019)

Criteria diagnostici

Persistenti o ricorrenti, intrusive e involontarie, sensazioni stressanti di eccitazione genitale.

Periodo di almeno 3 mesi.

Possono includere altri tipo di disestesia genito-pelvica (es. formicolio, bruciore, contrazioni, prurito, dolore).

Più frequentemente sperimentati nel clitoride ma anche in altre regioni genito-pelviche (es. monte di Venere, vulva, vestibolo, vagina, uretra, regione perianale, vescica, e/o retto).

Possono includere la sensazione di essere sul punto di un orgasmo, lo sperimentare orgasmi incontrollabili, e/o avere un eccessivo numero di orgasmi.

Non associato a concomitanti desiderio sessuale, pensieri o fantasie.

Caratteristiche associate

Limitata risoluzione, alcuna risoluzione, o aggravamento dei sintomi tramite l'attività sessuale.

Compromissione della qualità dell'orgasmo (es. avversione, invalidazione, alterazione di frequenza, intensità, durata e/o piacere).

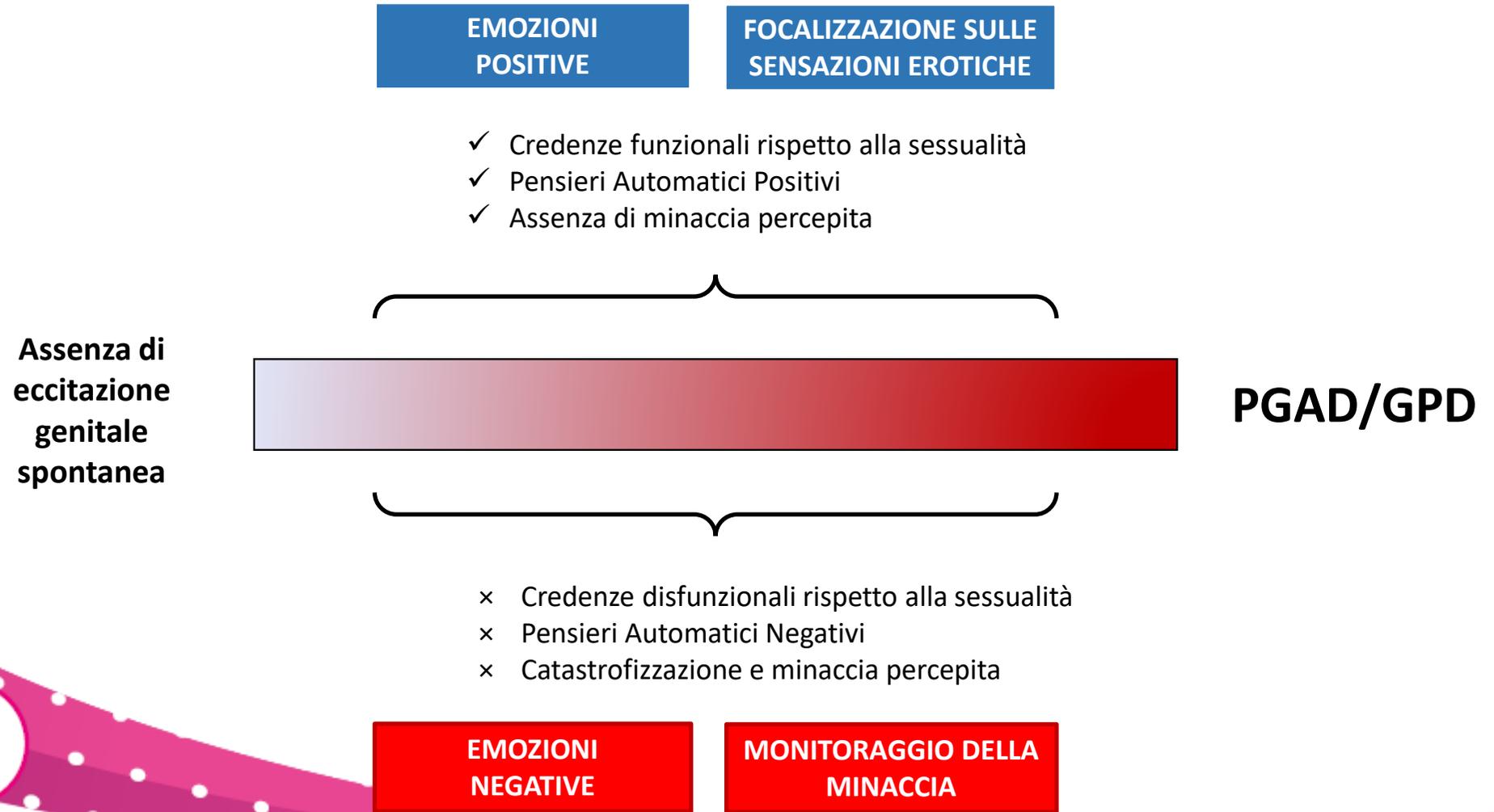
Aggravamento della disestesia genito-pelvica dovuta a specifiche situazioni (es. stare seduti, guidare la macchina, ascoltare musica o suoni, ansia generale, stress o nervosismo).

Disperazione, labilità emozionale, catastrofizzazione, e/o ideazione suicidaria.

All'esame fisico, assenza di evidente eccitazione genitale (lubrificazione, rigonfiamento del clitoride o delle labbra).



Il *continuum* dell'eccitazione genitale femminile



Eziologia: una prospettiva bio-psico-sociale

INSORGENZA:

Cause organiche

MANTENIMENTO:

Fattori psicologici

**APPROCCIO
BIO-PSICO-SOCIALE**

Eziologia: possibili cause organiche

NEUROLOGICA

Centrale:

- Interventi al cervello
- Malformazioni arterovenose
- Ictus cerebrale
- Focus Epilettici

Periferica:

- Neuropatia delle Piccole fibre del Nervo Dorsale del Clitoride
- Compressione meccanica del Nervo Pudendo (compressione del Canale di Alcock, Cisti Periclitoridee, Idroadenoma Papillare).
- Abrasione e/o rigonfiamento intervertebrale S2, S3, S4
- Cisti di Tarlov S2, S3
- Sindrome della Cauda Equinda (L5-S1 o L4-L5)

VASCOLARE

Centrale

- Ipertrofia patologica del setto atriale ed aumento della produzione del Peptide Natriuretico Atriale (ANP)

Periferica

- Iper-attività della vena pudenda interna e compressione della vena dorsale del clitoride
- Vene Pelviche Varicose e Sindrome da Congestione Pelvica
- Vasodilatazione periferica indotta da anomalia della via colinergica.

FARMACOLOGICA:

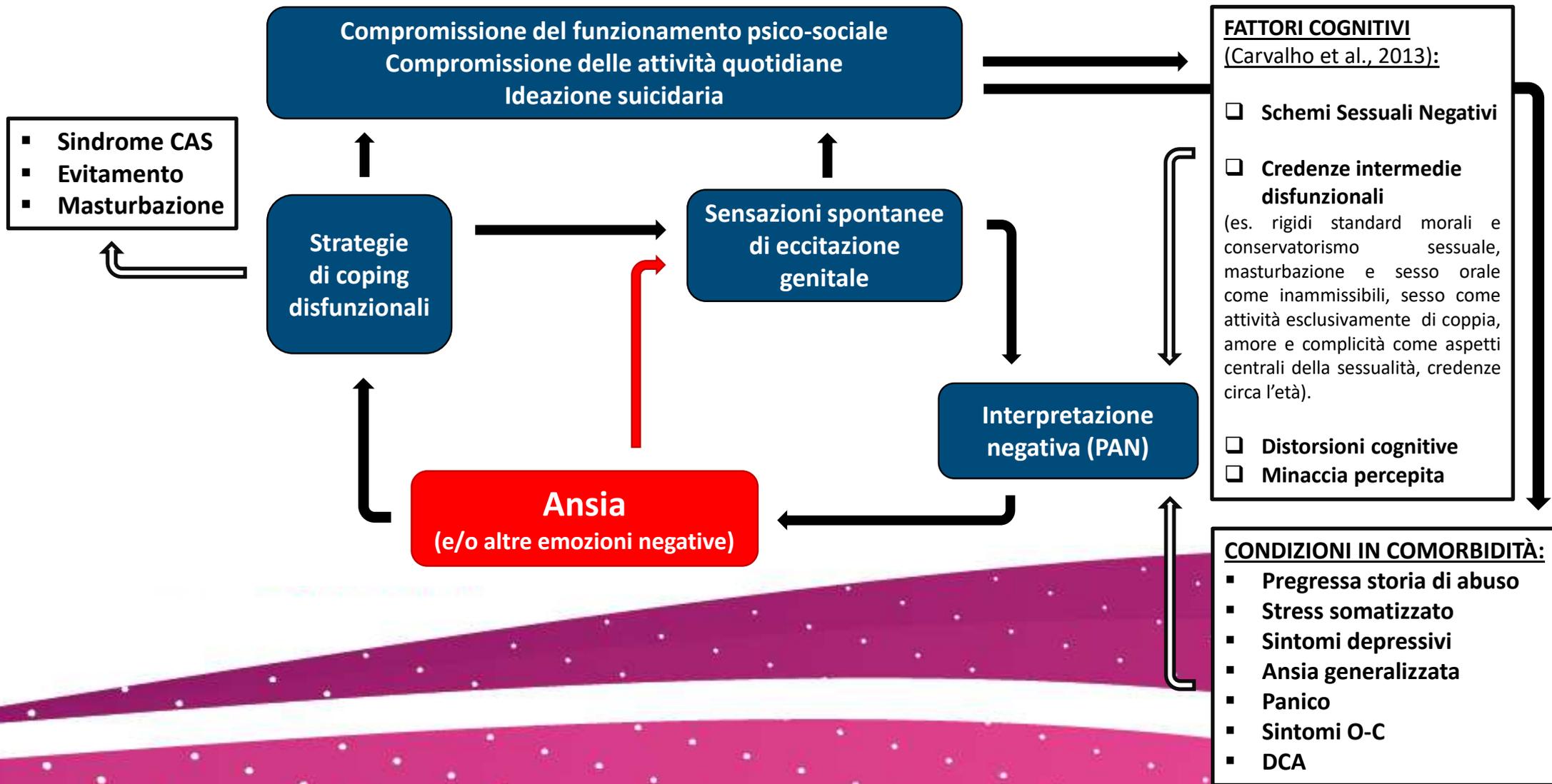
Sospensione:

- Citalopram
- Paroxetina
- Sertralina
- Venlafaxina

Assunzione:

- Amitriptilina
- Fluoxetina
- Lamotrigina
- Pramipexolo
- Venlafaxina
- Trazodone

Modello cognitivo-comportamentale del PGAD



Trattamento: una prospettiva bio-psico-sociale

APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

ASSESSMENT

Assessment bio-medico

- Anamnesi medica
- Anamnesi farmacologica
- Visita ginecologica
- Visita neurologica
- Visita angiologica
- Visita endocrinologica

Assessment psicologico

- Anamnesi sessuale (sincronica e diacronica)
- Visita psicologica (*assessment* CBT, storia di vita, psicopatologia, area familiare e relazionale...)

TRATTAMENTO

Trattamento bio-medico

Trattamento farmacologico e/o chirurgico per la gestione **SPECIFICA** delle **CAUSE** del disturbo

Trattamento psicologico

Psicoterapia per la gestione **ASPECIFICA** dei **FATTORI DI MANTENIMENTO** del disturbo

Trattamento: possibili interventi medici

FARMACI (off-label):

Anticonvulsivanti:

- Carbamazepina
- Gabapentin
- Pregabalin
- Topiramato
- Lamotrigina
- Oxcarbazepina

GABA-ergici (Benzodiazepine):

- Clonazepam

GABA-ergici (Non-Benzodiazepine):

- Zolpidem

Oppioidi Inibitori della Neurotrasmissione:

- Tramadolo
- Idrocodone

Antidepressivi triciclici:

- Amitriptilina
- Clomipramina
- Desipramina
- Nortriptilina

SSRI/SNRI:

- Duloxetina
- Paroxetina

Antagonisti della dopamina:

- Paliperidone
- Risperidone
- Vareniclina

SPECIFICHE INDICAZIONI:

Iper-tiroidismo

Metimazolo, Propanolo

Sindrome delle Gambe senza Riposo

Pramipexolo

Disfunzioni del pavimento pelvico

Diazepam, Baclofene, Botulino tipo A

Menopausa

Estradiolo, Testosterone, Progesterone

CHIRURGICI:

Eventuali procedure di neurochirurgia centrale

Asportazione delle Cisti di Tarlov

Intervento di discectomia

Embolizzazione delle Vene Pelviche Varicose

ALTRI TRATTAMENTI:

Terapia Elettroconvulsivante

Stimolazione Magnetica Trans-cranica

Neuromodulazione Sacrale

Terapia manuale del Pavimento Pelvico e Fisioterapia

Anestesia locale del Nervo Pudendo

Trattamenti topici

Trattamento: intervento psicologico

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Fase 1 Psicoeducazione

Fase 2 Diario di automonitoraggio
Registro del pensiero / A-B-C

Fase 3 Identificazione distorsioni cognitive
Ristrutturazione cognitiva di PAN e credenze

Fase 4 Tecniche di rilassamento (respiro profondo e RMP)
Esposizione con prevenzione della risposta

Fase 5 Mindfulness e ACT

TERAPIA DI COPPIA

Fase 1 Psicoeducazione

Fase 2 Analisi delle dinamiche relazionali

Fase 3 Risoluzione di eventuali conflitti di coppia

Fase 4 Negoziazione della sessualità

Ripristinare il piacere e la soddisfazione sessuale

Bibliografia

1. Carvalho, J., Verissimo, A., & Nobre, P. J. (2013). Cognitive and Emotional Determinants Characterizing Women with Persistent Genital Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1549-1558.
2. Dèttore, D., & Pagnini, G. (2020). Persistent Genital Arousal Disorder: A Study on an Italian Group of Female University Students. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 47, 60-79.
3. Facelle, T. M., Sadeghi-Nejad, H., & Goldmeier, D. (2013). Persistent Genital Arousal Disorder: Characterization, Etiology, and Management. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 439-450.
4. Garvey, L. J., West, C., Latch, N., Leiblum, S. R., & Goldmeier, D. (2009). Report of spontaneous and persistent genital arousal in women attending a sexual health clinic. *International Journal of STD & AIDS*, 20, 519-521.
5. Goldmeier, D., Mears, A., Hiller, J., & Crowley, T. (2009). Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management. *International Journal of STD & AIDS*, 20, 373-377.
6. Goldmeier, D., & Leiblum, S. R. (2006). Persistent Genital Arousal Disorder in women – A new syndrome entity. *International Journal of STD & AIDS*, 17, 215-216.
7. Goldstein, I., Komisaruk, B. R., Pukall, C. F., Kim, N. N., Goldstein, A. T., Goldstein, S. W., Cushman-Hartzell, R., Kellogg-Spadt, S., Kim, C. W., Jackowich, R. A., Parish, S. J., Patterson, A. Peters, K. M., & Pfaus, J. G. (2022). International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Review of Epidemiology and Pathophysiology, and Consensus Nomenclature and process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD). *The Journal of Sexual Medicine*, 18, 665-697.
8. Hiller, J., & Hekster, B. (2007). Couple therapy with cognitive behavioural techniques for persistent sexual arousal syndrome. *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (1), 91-96.
9. Jackowich, R. A., Mooney, K. M., Hecht, E., & Pukall, C. F. (2021). Online Pelvic Floor Group Education Program for Women With Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia: Descriptive Feasibility Study. *Journal of Medical Internet Research*, 5(1), 1-13.
10. Jackowich, R. A., Pink, L., Gordon, A., Poirer, E., & Pukall, C. F. (2018). An online Cross-Sectional Comparison of Women with Symptoms of Persistent Genital Arousal, Painful Persistent Genital Arousal, and Chronic Vulvar Pain. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 558-567.
11. Jackowich, R. A., Pink, L., Gordon, A., & Pukall, C. F. (2016). Persistent Genital Arousal Disorder: A Review of Its Conceptualizations, Potential Origins, Impact, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 1-14.
12. Jackowich, R. A., & Poirer E., & Pukall, C. F. (2020). A Comparison of Medical Comorbidities, Psychosocial, and Sexual Well-being in an online Cross-Sectional Sample of Women Experiencing Persistent Genital Arousal Symptoms and a Control Group. *The Journal of Sexual Medicine*, 17, 69-82.
13. Jackowich, R. A., & Pukall, C. F. (2020). Prevalence of Persistent Genital Arousal Disorder in 2 North American Samples. *The Journal of Sexual Medicine*, 17, 2408-2416.
14. Jackowich, R. A., & Pukall, C. F. (2020). Persistent Genital Arousal Disorder: a Biosychosocial Framework. *Current Sexual Health Reports*, 12, 127-135.
15. Leiblum, S. R., Brown, C., Wan, J., & Rawlison, L. (2005). Persistent Sexual Arousal Syndrome: A Descriptive Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 331-337.
16. Leiblum, S. R., & Chivers, M. L. (2007). Normal and persistent genital arousal in women: new perspective. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 33, 357-373.
17. Leiblum, S. R., & Nathan, S. G. (2001). Persistent Sexual Arousal Syndrome: A Newly Discovered Pattern of Female Sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(4), 365-380.
18. Leiblum, S. R., Seehuus, M., & Brown, C. (2007). Persistent Genital Arousal Disorder: Disordered or Normative Aspect of Female Sexual Response?. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 680-689.
19. Leiblum, S. R., Seehuus, M., Goldmeier, D., & Brown, C. (2007). Psychological, Medical, and Pharmacological Correlates of Persistent Genital Arousal. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 1358-13-66
20. Parish, S. J., Goldstein, A. T., Goldstein, S. W., Goldstein, I., Pfaus, J., Clayton, A. H., Girdali, A., Simon, J. A., Althof, S. E., Bachmann, G., Komisaruk, B., Levin, R., Kellogg-Spadt, S., Kingsberg, S. A., Perelman, M. A., Waldinger, M. D., & Whipple, B. (2016). Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions – Part II. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 1888-1906.
21. Pease, E., Ziegelmann, M., Vencill, J. A., Kok, S. N., Collins, C. S., & Betcher, H. K. (2021). Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD): A Clinical Review and Case Series in Support of Multidisciplinary Management. *Sexual Medicine Reviews*, (in press).
22. Pink, L., Rancourt, V., Gordon, A. (2014). Persistent Genital Arousal in Women with Pelvic and Genital Pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36, 324-330.
23. Pukall, C. F., & Bergeron, S. (2018). Psychological management of provoked vestibulodynia. In I. Goldstein, A. H. Clayton, A. T. Goldstein, et al. (Eds.), *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis* (pp. 281-294). Wiley: Hoboken, NJ.
24. Pukall, C. F., & Goldmeier, D. (2020). Persistent Genital Arousal Disorder. In K. S. K. Hall & Y. M. Binik (Eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy*. (pp. 488-503). Guilford Press: New York, NY.
25. Pukall, C. F., Komisaruk, B., & Goldstein, I. (2022). Persistent Genital Arousal Disorder/Genitopelvic Dysesthesia. In Y. Reisman, L. Lowenstein & F. Tripodi (Eds.), *Textbook of Rare Sexual Medicine Conditions*. Springer.



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**