

2. La sessualità

Una vita sessuale soddisfacente è parte integrante dello stato di salute di ogni persona. Non a caso nella definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre al benessere fisico, psichico e sociale, è incluso anche quello sessuale.

In passato la sessualità femminile coincideva con la procreazione, oggi non è così: il benessere sessuale è sempre più considerato un aspetto fondamentale della qualità di vita.

Nella maggioranza dei casi, la sessualità femminile ha il suo picco tra la fine dei 30 anni e l'inizio dei 40 anni, ma ogni donna presenta una valida risposta sessuale durante tutta la vita.

2.1. Le fasi del piacere femminile

L'atto sessuale femminile, definito come sequenza di eventi fisiologici che preparano al coito, segue un percorso di piacere in quattro fasi:

1) Fase del desiderio o libido: sensazione di interesse a voler avere un rapporto sessuale. È il motore della sessualità,

acceso da stimoli interni ed esterni, come ad es. fantasie erotiche, partner interessante, ecc.

2) Fase dell'eccitazione: condizione di maggior vascolarizzazione sanguigna con conseguente aumentata lubrificazione vaginale. A livello genitale, l'utero s'innalza, la vagina si allunga e si allarga, le piccole e grandi labbra si distendono e anche il clitoride si riempie di sangue fino, letteralmente, a gonfiarsi. A livello extragenitale, invece, si osserva congestione mammaria, erezione dei capezzoli, sensazione generalizzata di calore e tensione muscolare.

3) Fase dell'orgasmo: picco massimo del piacere sessuale. Si manifesta con contrazioni multiple (3-15) e ritmiche (0,8 sec) dei muscoli che circondano la vagina e l'ano ("piattaforma orgasmica"). Anche l'utero va incontro a contrazioni simili a quelle del parto. La donna è multiorgasmica, cioè in grado di provare ripetuti orgasmi durante un singolo incontro sessuale.

4) Fase della soddisfazione: appagamento fisico ed emotivo, cioè quello che si sente e si pensa dopo un rapporto. Gli organi genitali ritornano nel loro stato di normalità nell'arco di 5-15 minuti.

L'orgasmo della donna è clitorideo o vaginale?

Secondo alcuni esiste un orgasmo femminile clitorideo o superficiale, espressione di una sessualità immatura, e un orgasmo vaginale o profondo, segno di raggiunta maturità sessuale. Secondo altri, le due modalità vanno considerate allo stesso modo, essendo intimamente collegate. L'orgasmo, ad esempio, può dipendere dagli impulsi esercitati sul clitoride, sull'introito

vaginale e sul perineo, capaci successivamente di determinare una reazione secondaria sulla vagina. Ricordiamo che il terzo esterno della vagina è sensibile al tatto, mentre i due terzi interni sono sensibili alla pressione (2).

2.2. Gli ormoni sessuali

L'atto sessuale è modulato dagli ormoni femminili che agiscono in tutto il corpo, integrando gli stimoli erotici con gli elementi affettivi e cognitivi di ogni singola donna. Gli estrogeni agiscono maggiormente a livello vaginale, mentre gli androgeni a livello cerebrale e soprattutto clitorideo.

Gli **estrogeni** conferiscono una sensazione di benessere generale. Danno il caratteristico “profumo di donna” tipico dell'età fertile, tramite particolari sostanze molto attraenti a livello subliminale per l'olfatto maschile, e aumentano la sensibilità agli odori maschili. Inoltre, aiutano a tradurre il desiderio in eccitazione, soprattutto a livello vaginale.

Gli **androgeni**, invece, accendono il desiderio femminile tramite fantasie sessuali volontarie, sogni erotici e *sexual day-dream* a livello cerebrale. Nella donna in età fertile, a metà ciclo, gli androgeni aumentano la capacità di formare relazioni interpersonali e di dare e ricevere piacere. Inoltre, facilitano l'eccitazione fino all'orgasmo, soprattutto a livello del clitoride.

La sessualità non è solo una questione d'ormoni, ma è influenzata anche da altri fattori come l'età, le condizioni generali di salute, il partner e la qualità della relazione di coppia.

Che cos'è il punto G?

Il punto più controverso della ginecologia. È un'area, descritta negli anni '50 dal ginecologo tedesco E. Grafenberg, situata all'interno della parete vaginale anteriore, particolarmente sensibile alla pressione profonda.

Secondo alcuni è un ispessimento ghiandolare, simile a quello della prostata, la cui stimolazione porta, durante l'orgasmo, all'emissione di un liquido dall'uretra nel 10-40% delle donne. Secondo altri coincide con la parte terminale del clitoride, il quale può raggiungere, all'interno del corpo femminile, una lunghezza di 10 cm. Recentemente, per mezzo di ecografie vaginali, sarebbe stato dimostrato un ispessimento della parete divisoria tra vagina e uretra, da identificarsi con il punto G.

2.3. I disturbi sessuali femminili

L'attuale classificazione dei disturbi della risposta sessuale femminile distingue quattro gruppi di problemi di natura sessuale.

1) Disturbi del desiderio:

a) *desiderio sessuale ipoattivo*: persistente o ricorrente carenza o assenza di pensieri o fantasie sessuali e/o recettività per l'attività sessuale, che provochi disagio personale.

b) *avversione sessuale*: persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con un partner sessuale, che provochi disagio personale.

2) **Disturbi dell'eccitazione**: persistente o ricorrente incapacità ad ottenere o mantenere una sufficiente ecci-

tazione sessuale, che causi un disagio o che costituisca comunque un problema personale. Può essere espressa come mancanza di eccitazione cerebrale, di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) o di altre risposte somatiche. I disturbi dell'eccitazione interessano il 15-19% della popolazione generale.

3) Disturbi dell'orgasmo: persistente o ricorrente difficoltà a raggiungere l'orgasmo, nonostante un adeguato stimolo ed eccitazione, che causi disagio personale. I disturbi dell'orgasmo sono riportati genericamente nel 15-20% delle donne sessualmente attive.

4) Disturbi caratterizzati da dolore sessuale:

a) **dispareunia:** ricorrente o persistente dolore genitale che compare durante il rapporto sessuale. Colpisce il 15-19% delle donne in età fertile.

b) **vaginismo:** ricorrente o persistente spasmo involontario della muscolatura vaginale, che interferisce con la penetrazione vaginale e che causa disagio personale.

c) **dolore sessuale non coitale:** ricorrente o persistente dolore genitale indotto da stimolazioni non coitali.

Per ciascun disturbo sessuale è opportuno identificare alcune particolarità:

a) insorgenza: fin dall'inizio dell'attività sessuale o acquisita dopo un periodo di normalità;

b) caratteristiche: generalizzata o situazionale;

c) eziologia: organica, psicogena, mista o sconosciuta;

d) gravità dello stress e del disagio causato dal disturbo sessuale.

Tab. 3. Test della funzione sessuale femminile

Domande	mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso	sempre
Ho avuto voglia di rapporti sessuali	0	1	2	3	4	5
Mi sono sentita infelice a causa della mia mancanza di desiderio sessuale	5	4	3	2	1	0
È stato lungo e difficile arrivare ad eccitarmi	5	4	3	2	1	0
Mi è capitato di non provare piacere durante i rapporti sessuali	5	4	3	2	1	0
Ho avuto poco desiderio sessuale	5	4	3	2	1	0
Mi sono sentita delusa della mia mancanza di interesse per il sesso	5	4	3	2	1	0
Ho raggiunto l'orgasmo con facilità	0	1	2	3	4	5

Questionario di autovalutazione della funzione sessuale femminile: *legga attentamente le domande sopra riportate e segni il numero che corrisponde alla sua esperienza negli ultimi 2-3 mesi. Infine, sommi i numeri relativi alle risposte per ottenere il suo punteggio totale. Un punteggio tra 0-20 indica uno scarso desiderio sessuale associato a disagio personale: il consiglio è di parlarne con il proprio ginecologo.*

Che cos'è la cistite da "passione"?

La cistite è un'infezione della vescica che colpisce 9 donne su 10 almeno una volta nella vita. I classici disturbi della cistite sono lo stimolo frequente ad urinare, il bruciore quando

si svuota la vescica, il senso di pesantezza al basso ventre e le perdite di sangue con l'urina. L'80% delle cistiti sono causate dai batteri intestinali: il più comune è l'Escherichia Coli.

Alcune cistiti, invece, sono chiamate "da passione", perché compaiono 24-48 ore dopo i rapporti sessuali: si tratta di infiammazioni meccaniche, senza la presenza di batteri. Spesso si associano ad un ipertono del muscolo che circonda la vagina e l'uretra (muscolo elevatore dell'ano), il cui stato di tensione aumenta la probabilità di microtraumi meccanici nella zona genitale durante la penetrazione, ma soprattutto è possibile che non sia raggiunta un'eccitazione tale da assicurare un'adeguata lubrificazione. Quando la cistite è legata ai rapporti sessuali, è utile intervenire sui muscoli perivaginali con la riabilitazione perineale, che aiuta a distendere in modo corretto tali muscoli (3).

3. La sessualità dopo il parto

Il benessere sessuale della donna e della coppia cambia notevolmente dopo il parto sia per fattori psichici (ad es. depressione post-partum) sia per problemi fisici (ad es. alterazione del pavimento pelvico).

La gravidanza rappresenta un periodo particolarmente critico per la sessualità all'interno della coppia. Durante il 1° trimestre il comportamento sessuale varia notevolmente: in alcune donne il desiderio diminuisce, in altre accade il contrario. Nel 2° trimestre nella maggior parte delle gravide compare un aumento della sensibilità sessuale. Nel 3° trimestre, infine, è presente un calo dell'attività. Non dimentichiamo, inoltre, che se la coppia era già in precedenza turbata da problematiche sessuali, queste vengono il più delle volte aggravate dalla gravidanza (4).

Al momento del parto il perineo, ultimo ostacolo da superare, è spesso esposto a lesioni anatomiche e funzionali che interessano la cute, la mucosa vaginale e la sottostante muscolatura (pavimento pelvico).

Durante il periodo espulsivo la testa del feto, nella progressione lungo il canale del parto, provoca diverse trasformazioni: una distensione dei muscoli del pavimento pelvico con lesioni e conseguente fibrosi riparativa; un incremento della distanza ano-vulvare, con eventuali lacerazioni; una distorsione degli sfinteri uretrale e anale, con perdita di contrattilità e di tonicità.

Il muscolo è la struttura che resiste meno allo stiramento, quindi anche un perineo apparentemente intatto può nascondere delle alterazioni muscolari. Alcuni studi hanno documentato, tramite l'uso di coni vaginali, una riduzione della forza contrattile dei muscoli perivaginale dopo 2 mesi dal parto.

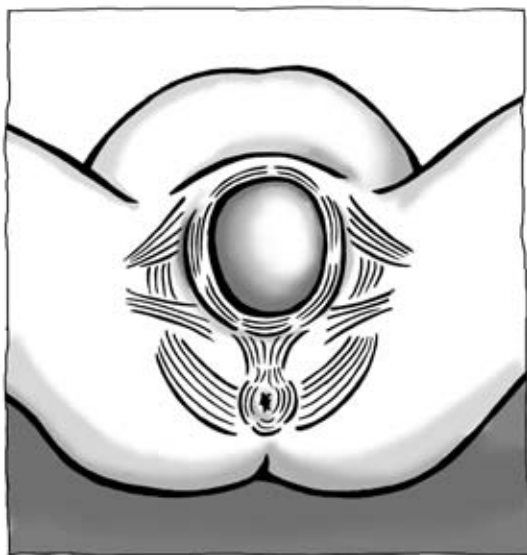


Fig.4. *Il perineo al momento del parto*

3.1. Le modificazioni sessuali dopo il parto

Le modificazioni sessuali dopo il parto sono piuttosto comuni e possono interessare quasi una donna su due.

I tipici disturbi sessuali sono: il dolore durante i rapporti e/o la penetrazione dolorosa, l'irritazione dopo il rapporto, la vagina "stretta", la mancanza di interesse sessuale, la perdita di tono muscolare perineale, la difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo.

I disturbi sessuali sono correlati al tipo di parto (parto spontaneo, parto con episiotomia e/o lacerazioni, parto operativo con ventosa o forcipe, parto cesareo) e all'allattamento (presenza e durata).

Che cos'è l'episiotomia?

È una procedura ostetrica relativamente recente. Consiste nella sezione chirurgica dell'anello vulvovaginale, che interessa la mucosa vaginale, il muscolo sottostante e la cute perineale.

Il suo uso fu suggerito per la prima volta da Ould nel 1742, come aiuto in un parto estremamente difficile. Comunque solo all'inizio del '900 l'uso dell'episiotomia diventò routinario al fine di prevenire le lacerazioni perineali e le conseguenze a lungo termine, quali dispareunia, dolore perineale ed incontinenza fecale. Alla fine del '900, però, la revisione della letteratura ha evidenziato come l'episiotomia non possa salvaguardare dal rischio di lacerazioni rettali, dispareunia, dolore perineale e problemi sessuali in generale (5).

Anche il partner, secondo studi recenti, nei primi mesi di vita del figlio va incontro a un calo di testosterone e quindi del desiderio sessuale.

1) I disturbi del desiderio. Molte donne scoprono una riduzione del desiderio sessuale nei primi 3-4 mesi dopo il parto, poi varia molto: nel 38% delle coppie la relazione peggiora, mentre nel 10% la vita sessuale è più gratificante.

Durante l'allattamento il 18% delle donne evidenzia la presenza di un calo del desiderio, che dipende sia dall'aumento della prolattina (ormone che "rema contro" la libido) sia dalla carenza degli estrogeni. In seguito con lo svezzamento la vita sessuale migliora.

2) I disturbi dell'eccitazione. Una riduzione dell'eccitazione è normale nei primi 2 mesi dopo il parto e si accompagna ad una minor intensità dell'orgasmo. Tale condizione è dovuta alla riduzione degli estrogeni (condizione che induce secchezza vaginale) e all'aumento della prolattina senza però dimenticare l'eventuale contributo dovuto alla presenza di episiotomia o di lacerazioni perineali al parto.

3) I disturbi dell'orgasmo. Il primo orgasmo dopo il parto è riferito, in media, dopo 7 settimane. Ma, con il ritorno dell'attività sessuale, solo il 20% delle donne prova l'orgasmo dopo 3-6 mesi dal parto.

4) I disturbi caratterizzati da dolore. Il primo rapporto sessuale dopo il parto può essere doloroso e poco soddisfacente: il 49% delle donne, infatti, prova dolore di intensità variabile. Il dolore durante i rapporti persiste dopo 6 mesi dal parto nel

14% delle donne in caso di parto operativo, nel 11% in caso di parto con episiotomia e lacerazioni perineali, nel 3,5% in caso di parto spontaneo e nel 3,4% in caso di parto cesareo.

3.2. I trattamenti delle modificazioni sessuali

Per una migliore ripresa della sessualità dopo il parto esistono trattamenti farmacologici e riabilitativi, anche se non vanno dimenticate le valutazioni psico-relazionali.

Il primo approccio è sicuramente rappresentato dall'uso di appositi **lubrificanti vaginali**, che possono aiutare ad inumidire la vagina, migliorando i rapporti sessuali.

La **riabilitazione perineale post-partum** è in grado di ripristinare la tonicità vaginale, ridurre la sensazione di lassità muscolare del perineo e attenuare le sequele sessuali, urinarie e fecali. La presenza di contrazioni vaginali più forti durante il contatto intimo inoltre può meglio stimolare il partner.

Gli esercizi perineali di Kegel effettuati ogni giorno migliorano la funzionalità del perineo, anche se tale beneficio è limitato solo al periodo di allenamento. In letteratura gli studi controllati sulla riabilitazione perineale post-partum sono scarsi. Uno studio, comunque, riporta il trattamento di 83 donne a 8 settimane dopo il parto, suddivise in due gruppi: il primo si esercitava con 120-160 contrazioni perineali al giorno, il secondo utilizzava i coni vaginali da trattenere in vagina per 15 minuti 2 volte al giorno. I risultati sono stati buoni in entrambi i gruppi, con un esito lievemente migliore nel secondo. I coni vaginali, infatti, sono un facile ausilio per rafforzare i muscoli del pavimento pelvico indeboliti dopo il parto.

La **chirurgia correttiva post-partum** permette di riportare in condizioni normali l'apertura della vagina e il tono muscolare e di asportare eventuali cicatrici. Spesso, infatti, dopo il parto, l'apertura vaginale può essere beante (per il rilassamento muscolare) o asimmetrica (per gli esiti cicatriziali da lacerazioni perineali e/o episiotomia), con ripercussioni negative sul benessere sessuale.

L'intervento di *vaginal tightening* (cioè restringimento vaginale) ha come obiettivo l'incremento della sensibilità durante i rapporti sessuali, in altre parole il miglioramento della gratificazione sessuale.

L'intervento prevede la correzione della parte più esterna della vagina (quella più sensibile), dell'introito vaginale e allo stesso tempo del perineo: la mucosa vaginale ridondante viene eliminata e i muscoli circostanti ridotti. Il risultato è la diminuzione del diametro dell'orifizio esterno della vagina e l'aumento sia della forza sia della resistenza muscolare. Secondo Master e Johnson la gratificazione sessuale è correlata alla forza frizionale (attrito) generata durante la penetrazione: l'intervento può ripristinare una forza frizionale ottimale.

La procedura chirurgica riprende le tecniche impiegate per il trattamento del rilassamento vaginale e dei disturbi associati (ad es. incontinenza urinaria). Sebbene la percentuale di soddisfazione sia alta, il risultato e la durata non sono prevedibili, perché sono valutati solo su base soggettiva, quindi non è possibile garantire con certezza, prima dell'intervento, un effettivo incremento della sensibilità (6).

Come prevenire i danni perineali dovuti al parto?

I danni perineali dovuti al parto possono essere prevenuti non solo con una buona condotta ostetrica durante il parto, ma anche con un'adeguata preparazione della gravida fin dai primi mesi di gestazione. Un obiettivo importante è quello di educare la gravida, facendole prendere coscienza della muscolatura perineale.

A tale proposito il corso di preparazione psico-profilattica al parto può essere un momento di estrema utilità per la "presa di coscienza" del fenomeno, che la donna sfrutterà sia prima che durante il parto, nonché per tutta la vita in seguito.

Nel post-partum, infine, l'obiettivo è quello di recuperare un perineo anatomicamente e funzionalmente normale. A tale scopo non si consiglia in modo sistematico una ginnastica addominale, inappropriata finché il perineo non abbia recuperato un tono normale. È incongruo, in effetti, aumentare le forze che esercitano una spinta, fino a quando non siano tonificati gli elementi che esercitano una contropinta. Per questo si consiglia alla puerpera una rieducazione perineale e solo in un secondo tempo una ginnastica addominale. La ginnastica addominale però è controindicata quando esistano segni di incontinenza urinaria che persistono dopo il parto. La prevenzione sopradescritta ha tre scopi:

- garantire alla donna una continenza anale ed urinaria perfetta. Bisogna lottare contro il fatalismo, secondo cui, ad una certa età o dopo un certo numero di parti, "sia normale perdere qualche goccia di urina", come accadeva alla mamma o alla nonna;

- mantenere una vita sessuale soddisfacente garantendo l'adeguamento del contenuto al contenente;
- preservare la statica pelvica. Anche se il prolasso è soprattutto a carico delle donne in menopausa, il traumatismo ostetrico entra per gran parte nella sua genesi (7).

4. La sessualità durante la menopausa

La menopausa è quel periodo della vita della donna in cui gli estrogeni vengono a mancare e gli androgeni si riducono, anche del 50%. Questo comporta una serie di modificazioni corporee e mentali, ma anche profondi risvolti sulla funzione sessuale.

Il perineo, durante la menopausa, a seguito della mancanza di estrogeni presenta fenomeni di involuzione dell'elasticità della vagina, dell'innervazione dei tessuti e della lubrificazione vaginale, insieme di eventi che possono favorire rapporti sessuali dolorosi. Questo cambiamento tende a causare un'alterata percezione dell'orgasmo con una progressiva ridotta soddisfazione sessuale, che con il trascorrere del tempo peggiora la scarsità di desiderio sessuale legata alla carenza di androgeni.

4.1. I cambiamenti sessuali durante la menopausa

Circa il 40-60% delle donne in menopausa lamenta qualche cambiamento nella risposta sessuale: riduzione del desiderio sessuale, scarsa capacità di eccitazione, mancanza dell'orgasmo e insoddisfazione generale. In particolare, due disturbi costitui-

scono un freno alla sessualità: la secchezza vaginale e i rapporti sessuali dolorosi (dispareunia) (8).

1) I disturbi del desiderio. La giusta armonia tra estrogeni e progesterone, con un pizzico di androgeni, dà origine al desiderio sessuale.

La mancanza di estrogeni altera i caratteri sessuali secondari e con loro la percezione biologica di femminilità.

La carenza di androgeni, specialmente nelle donne sottoposte ad asportazione delle ovaie, conduce, invece, alla perdita del desiderio sessuale con persistente e apparentemente ingiustificata stanchezza, diminuito senso di benessere, perdita di peli pubici, riduzione della massa muscolare, ecc. (sindrome femminile da carenza androgenica) (9).

2) I disturbi dell'eccitazione. Anche l'eccitazione dipende dal giusto accordo tra i vari ormoni, estrogeni ed androgeni.

Dopo la menopausa, la vascolarizzazione dei genitali è ridotta; quella vaginale è estrogeno-dipendente, quella clitoridea è androgeno-dipendente. La lubrificazione vaginale è ridotta e ritardata. Nella donna in menopausa ci vogliono anche 5 minuti per ottenere una buona lubrificazione vaginale, rispetto ai 15 secondi di una donna giovane. Anche la distensibilità vaginale è ridotta: tale modificazione, però, è meno evidente in donne che mantengono rapporti sessuali regolari. L'espressione "usala o perdila" (*to use or to loose*) indica come la stimolazione diretta e frequente dei genitali (almeno 2-3 rapporti alla settimana) sia il modo migliore per evitare le conseguenze negative della mancanza ormonale.

Inoltre, la mancanza di ormoni può creare o peggiorare sensibilmente disturbi dell'affettività (ansia, depressione e insonnia), che riducono la disponibilità all'eccitazione.

Infine, la scomparsa degli estrogeni causa alterazioni del tatto, dell'olfatto, del gusto e della secrezione salivare, che giocano un ruolo nella sensualità femminile (10).

3) I disturbi dell'orgasmo. Sempre a causa della carenza di ormoni, anche l'orgasmo si riduce, sia come durata sia come intensità, e talvolta diventa doloroso. Il tempo per il raggiungimento del piacere sessuale si allunga, anche se si conserva la possibilità di orgasmi multipli.

4) I disturbi caratterizzati da dolore. La dispareunia (ricorrente o persistente dolore genitale associato al rapporto sessuale) colpisce il 31-39% delle donne in menopausa.

Il dolore sessuale non coitale (ricorrente o persistente dolore genitale indotto da stimolazioni non coitali) compare spontaneamente o durante i preliminari e può persistere dopo il rapporto sessuale.

4.2. I trattamenti dei cambiamenti sessuali

Per vivere meglio la sessualità durante la menopausa esistono diverse possibilità farmacologiche e riabilitative, senza dimenticare quelle psico-relazionali, come la terapia di coppia.

Il **trattamento ormonale sostitutivo** con estrogeni è sicuramente efficace nel curare i disagi della menopausa (vampate, sudorazioni, insonnia): nell'insieme, il ritrovato benessere fisico e psichico si riflette anche sulla sessualità, migliorando la qualità dei rapporti. In particolare, migliora la lubrificazio-

ne e il trofismo vaginale riducendo la dispareunia. Il farmaco di prima scelta in donne con importante calo della libido è il tibolone, molecola che, oltre all'azione estrogenica e progestinica, grazie al blando effetto androgenico alimenta il desiderio sessuale a livello cerebrale, aumentando i peptidi oppioidi (le molecole del "buonumore") e migliora la vasocongestione e la lubrificazione vaginale.

Un **trattamento sostitutivo a base di testosterone**, meglio per via transdermica, è particolarmente interessante nelle donne in menopausa chirurgica (asportazione di entrambe le ovaie e dell'utero), in cui si ha un calo più rilevante del testosterone, anche fino al 75%. Il cerotto al testosterone consente un aumento del desiderio e della frequenza dell'attività sessuale soddisfacente, con riduzione del disagio personale. Il beneficio è ottenuto già dopo 4 settimane di trattamento con effetti massimi dopo 3 mesi. Gli androgeni, tuttavia, possono provocare la comparsa di peluria sul viso e un abbassamento della voce, effetti chiaramente indesiderabili (11).

Altra possibilità è l'applicazione vaginale di **ovuli o creme a base d'estrogeni**, come il promestriene. Ha il pregio di concentrare gli ormoni nei tessuti vaginali dove servono, con una ridotta influenza su altri organi, come ad es. la mammella. Dopo un mese di trattamento la vagina diventa più lubrificata ed elastica, perciò anche il dolore nei rapporti si attenua o scompare.

Esiste, pure, l'alternativa dei **fitormoni**, sostanze di origine vegetale con azione simile agli ormoni sessuali. Sono in commercio, ad es., delle capsule orali a base di fitoestrogeni e fitoan-

drogeni (damiana e muira puama, fieno greco e ginkgo biloba) che contrastano il calo del desiderio in menopausa migliorando il trofismo delle mucose vaginali e modulando i neurotrasmettitori della sensibilità e dell'eccitabilità clitoridea.

Diversi **gel vaginali** a base di fitoestrogeni (isoflavoni di soia e trifoglio rosso) contribuiscono a restituire elasticità e tonicità alla vagina, mentre i **lubrificanti vaginali** tradizionali possono aiutare ad inumidire la vagina, migliorando i rapporti sessuali.

La **riabilitazione perineale**, tramite gli esercizi di Kegel, è fondamentale per “sciogliere” il riflesso di contrazione in risposta alla secchezza vaginale, che è causa di ulteriore dolore e inibizione della lubrificazione all'inizio del coito. Tali esercizi sono utili anche per migliorare il tono della muscolatura perivaginale, al fine di aumentare la sensibilità vaginale e il piacere sessuale. Una serie di strumenti in grado di facilitare l'esecuzione degli esercizi perineali sono i coni vaginali.

Anche l'**automassaggio perineale**, meglio se aiutato con l'olio d'iperico, per 5 minuti 2-3 volte al giorno, è in grado di ripristinare la normale elasticità della muscolatura perineale.