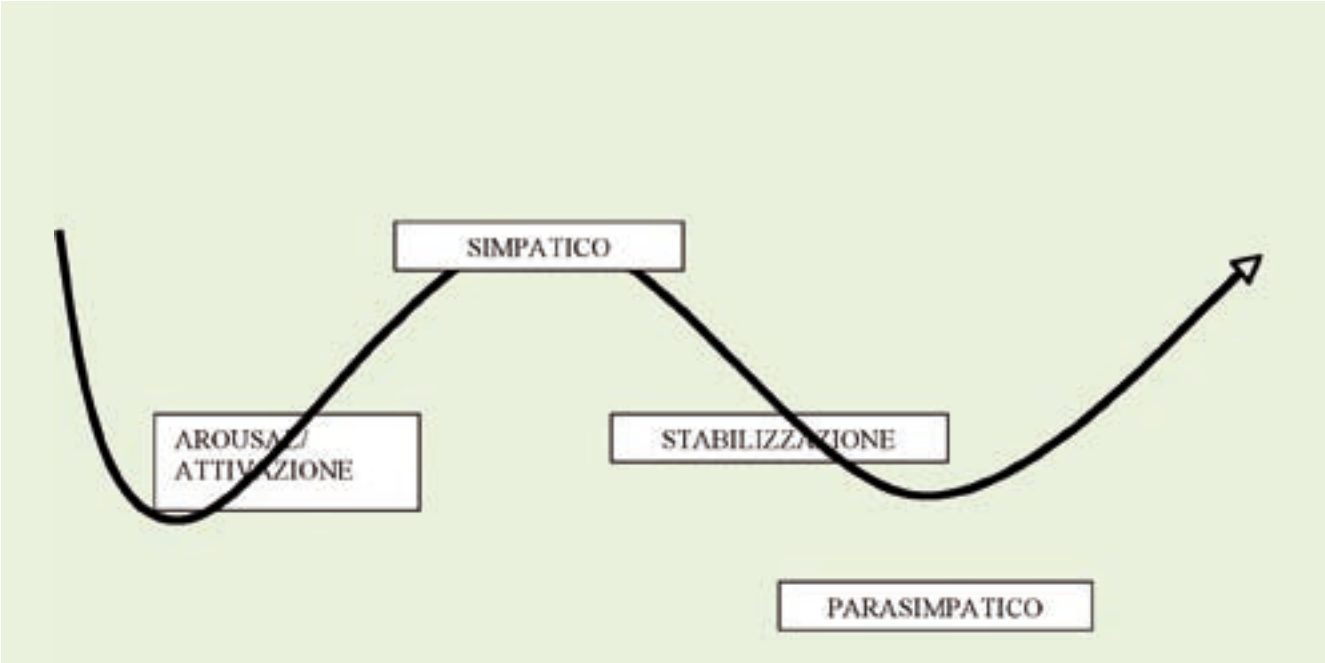
La vulvodinia: il dilemma del dolore “senza cause apparenti”

Le implicazioni psicosessuologiche

M. Puliatti
Presidente Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.

Negli ultimi anni, molti studi si sono concentrati nell'individuare gli esiti dell'impatto della vulvodinia sulla qualità della vita, relazionale e sessuale della donna e sull'individuazione di *fattori predisponenti* quali ad esempio traumi sessuali, familiarità per disagi psicologici e per disfunzioni sessuali, esperienze pregresse di dolore, aborto e conflitti sessuo-relazionali, che possono insieme a fattori organici, genetici e infettivi, creare una vulnerabilità psicobiologia all'insorgenza della malattia (Puliatti, 2010 a).
Da un punto di vista psicofisiologico la vulvodinia (Puliatti, 2010) si può inquadrare all'interno del più ampio quadro clinico delle sindromi dolorose. Il dolore è un fenomeno percettivo molto complesso multidimensionale, in cui pensieri, emozioni e comportamenti ne influenzano la formazione, la percezione e il mantenimento. Ad esempio fattori squisitamente psicologici possono causare iper-reattività muscolare nei confronti di uno stress psicologico; sebbene questo fenomeno non possa essere considerato un indicatore diretto del dolore, tuttavia l'iper-reattività muscolare allo stress psicologico può contribuire allo spasmo muscolare e pertanto all'aumento dell'effetto nocicettivo e all'esarcebazione del dolore. Il dolore a sua volta può agire come ulteriore fattore di stress e accrescere la tensione muscolare, nonché provocare la formazione di *trigger point* perpetuando l'ormai noto ciclo tensione-dolore-tensione (Rossi, 2004, Ercolani, Pasquini, 2007; Puliatti, 2010 a, b).
La spiegazione di questo meccanismo è prettamente psicofisiologica, poiché l'attività elettrica dei *trigger point* si incrementa durante un'attività stressante (Wise, Anderson, 2008).
Il Sistema Nervoso Autonomo (SNA) regola tutte le funzioni di base del nostro organismo, operando autonomamente senza il nostro controllo ed è l'attivatore delle nostre risposte di sopravvivenza. Il SNA comprende Il Sistema Nervoso Simpatico (SNS) che aiuta il corpo a prepararsi alla minaccia e il Sistema Nervoso Parasimpatico (SNP) che aiuta a scaricare la tensione dell'attivazione quando la minaccia è cessata, questo è un processo che di solito avviene naturalmente in un continuo ciclo di carica- scarica della tensione (Grafico 1) (Levine, 2000).

Grafico 1
La risposta sana ad una minaccia del Sistema Nervoso



Quando questo processo naturale di tensione, scarica non avviene, il Sistema Nervoso rimane bloccato sul Simpatico, con una *iperreattività* del Sistema Nervoso Simpatico, in cui la persona rimane in continuo stato di allarme e di tensione muscolare (Grafico 2) (Levine, 2000; Wise, Anderson, 2008; Bitzer 2009).

Grafico 2
La risposta anomala ad una minaccia del Sistema Nervoso

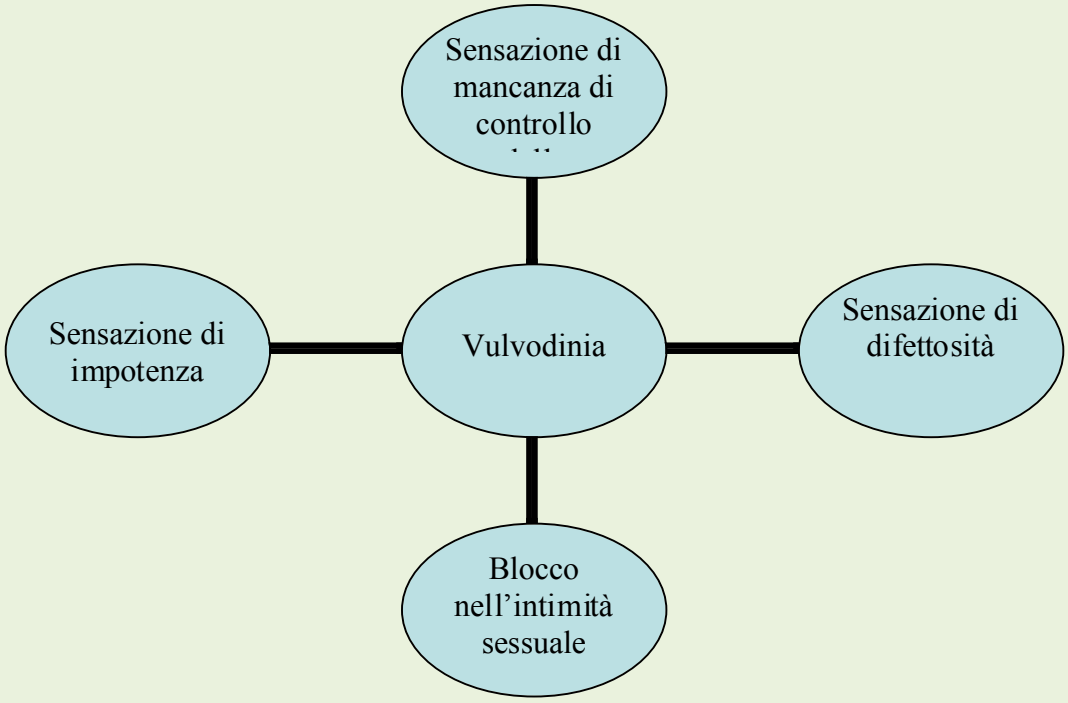
Per quello che riguarda invece **la percezione del dolore,** tra le aree cerebrali implicate ci sono quelle che elaborano pensieri ed emozioni complessi. Corteccia prefrontale e amigdala potrebbero mediare gli effetti del dolore cronico sulla cognizione, mentre la corteccia anteriore del cingolo, coinvolta negli aspetti emotivi del dolore, potrebbe avere un ruolo in alterazioni delle emozioni, come la depressione, associate al dolore cronico. Il dolore non stimola solo le aree sensoriali del cervello ma attiva anche intensamente aree implicate nelle emozioni, per esempio la corteccia anteriore del cingolo, che presiede gli aspetti emotivi del dolore, e l'amigdala, che fa da mediatrice nelle sensazioni, compresa la paura. Nel dolore cronico queste aree possono diventare iperattive, e possono avere un ruolo importante nelle reazioni intensificate alla stimolazione (Porreca, Price, 2010).
Una reazione emotiva sproporzionata ad un evento stressante, allo sviluppo di una infezione o di una sintomatologia dolorosa, può quindi giocare un ruolo importante nella cronicizzazione della sintomatologia dolorosa, perpetuando un circolo vizioso che partendo dalla paura del dolore, innesca meccanismi di aumento di tensione muscolare, aumentando o generando il dolore stesso (Puliatti, 2010 a, b).
L'ansia sembra essere un tratto costante di queste pazienti, che in situazioni critiche sono portate ad attivare reazioni ansiose di intensità medio-alta, manifestando un'intolleranza verso situazioni nuove e/o di incertezza e verso i cambiamenti. Il collegamento tra ansia e dolore è costituito dal sistema nervoso simpatico, la cui stimolazione abbassa la soglia del dolore e aumenta l'attività spontanea dei nocicettori (Ercolani, Pasquini, 2007; Puliatti b).
Appare chiaro quindi, perché il ruolo delle implicazioni psicosessuali nella vulvodinia ormai sia ampiamente studiato, sia perché tutte le patologie che sono in grado di alterare l'equilibrio vulvo-vaginale esercitano un profondo impatto nella vita sessuale di una donna sia perché gli organi genitali rappresentano il luogo simbolico in cui i conflitti sessuali e relazionali ed eventi traumatici trovano modo di esprimersi (Puliatti, 2010 b).
La vulvodinia è un problema che include elementi psicosomatici, sessuali e fattori relazionali rilevabili rispetto la normale popolazione. Possono inoltre essere presenti disturbi subclinici sotto diagnosticati quali difficoltà ad esprimere le proprie emozioni, ma anche distorsioni circa l'immagine corporea e dei propri genitali (Jantos, 1997; Puliatti, Petrocelli, 2006; Gianantonio, Puliatti, 2007; Puliatti a, b, c), come si può notare ad esempio nel disegno dei genitali rappresentato da una paziente vulvodinica di 28 anni (Figura 1-2).

Figura 1
Disegno dei genitali esterni di paziente vulvodinica di 28 anni

Figura 2
Disegno organi interni disegnati dalla stessa paziente

Abusi sessuali, disturbi affettivi, disturbi sessuali, depressione e ansia mettono queste donne nelle condizioni di focalizzarsi su aspetti negativi di ogni esperienza, specie se dolorosa, tendendo a minimizzare i risultati positivi (Graziottin, Giovannini, 2006; Giannantonio, Puliatti, 2007; Puliatti 2010 a, b, c).
La donna si può sentire più vulnerabile, impotente, può provare una sensazione di minor controllo sul suo corpo e quindi può percepirsi come inadeguata rispetto al suo ruolo sessuale (Grafico 3).

Grafico 3
Implicazioni psicosessuali della vulvodinia



Al di là che i fattori psicologici siano primari o secondari in questa sindrome, appare chiaro come sia necessaria l'integrazione della psicoterapia all'approccio più di tipo ginecologico.
Un approccio integrato che dovrebbe includere la riduzione dell'ansia e della tensione muscolare, il trattamento delle disfunzioni sessuali concomitanti ed eventuali problematiche di coppia, la desensibilizzazione e la gestione del dolore, il miglioramento delle proprie capacità di autoefficacia nell'affrontare la malattia e il trattamento di eventuali eventi traumatici pregressi.

Riferimenti bibliografici

- Bitzer J: Female sexuality and chronic pelvic pain. *Suppl Giornale Italiana Italiano Ostetricia e Ginecologia* 31(6/7):20-24; 2009
- Ercolani M. Pasquini L: La percezione del dolore. Il Mulino, Bologna, 2007
- Giannantonio M, Puliatti M: Conseguenze sessuologiche e uro-ginecologiche a lungo termine dell'abuso sessuale infantile: considerazioni diagnostiche e implicazioni terapeutiche. XIV Congresso AIAMC, Genova, 2007
- Graziottin A. Giovannini N: La vestibolite vulvare: prospettive terapeutiche. In Benassi L. Graziottin A. Vulvodinia e vestibolite vulvare. CIC, Roma, 2006
- Jantos M: The vestibulitis syndrome. Medical and Psychosexual assessment. *Appl Psychophisiology Biofeedback* 33(1):29-38; 1997
- Levine P: Traumi e shock emotivi. Come uscire dall'incubo di violenze, incidenti e esperienze angosciose. Macroedizioni, Diegaro di Cesena, 2000
- Porreca F. Price T. Quando il dolore non passa. Mente e Cervello 62: 76-85, 2010
- Puliatti M. Petrocelli V: Rappresentazione grafica delle donne con vulvodinia. *Medicina Psicosomatica* 51(3):111-1117; 2006
- Puliatti M: L'approccio psicosessuologico alla vulvodinia. In Dionisi B. Murina F. Puliatti M. Vulvodinia: linee guida d'indirizzo. CIC, 2010 a (in stampa)
- Puliatti M: Psicosomatica del dolore pelvico cronico femminile. SEU, Roma, 2010 b
- Puliatti M: L'EMDR nel trattamento del dolore uro-ginecologico. *Medicina Psicosomatica*, 2010 c (in stampa)
- Rossi N: Psicologia clinica delle professioni sanitarie. Il Mulino, Bologna, 2004
- Wise D: Anderson R. A headache in the pelvis: a new understanding and treatment for chronic pelvic pain syndromes. National Center for Pelvic Pain Research, Occidental, CA, 2008

Index

La semeiotica del dolore e le comorbilità associate 5

Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo 6
A. Graziottin

Le dermatosi quale causa di dolore vulvare 11
M. Preti

La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti 15
F. Murina

L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'overtreatment 16
L. Mariani

Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore sessuale femminile 19

Il punto di vista del ginecologo 20
A. Graziottin

Il punto di vista dell'urologo 21
D. Grassi

Il punto di vista del gastroenterologo 23
V. Stanghellini

Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile 25

L'Associazione Italiana Vulvodinia 26
M. Puliatti

L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale 28
L. Nasta

L'Associazione Italiana Endometriosi 29
J. Veit

L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica 30
R. Romor

Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile 33

Il punto di vista del ginecologo 34
G. Radici

Il punto di vista dell'ostetrica 36
M. Esposito

Il punto di vista del sessuologo 38
N. Giovannini, A. Graziottin

Il punto di vista del fisioterapista 40
A. Bortolami

Dolore sessuale femminile: comorbilità, diagnosi e terapia 43

Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia 44
P. Vercellini

Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia 45
M. Cervigni

Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari 47
L. Bertolasi

Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale 49

Innocente? 50
A. Graziottin

Colpevole? 51
F. Murina

La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti" 53

Eziopatogenesi e semeiologia 54
A. Graziottin, F. Murina

Le implicazioni psicosessuologiche 56
M. Puliatti

Strategie terapeutiche 60
F. Murina, A. Graziottin

Organizzato da:

Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.

Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna

Il dolore sessuale femminile e le comorbilità associate

- dai sintomi alla diagnosi e alla terapia -

venerdi **12** marzo 2010

MILANO - Museo della scienza e della tecnologia Leonardo da Vinci

Con il patrocinio di:

A.G.E.O. Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

A.GI.CO. Associazione Ginecologi Consultoriali

F.I.O.G. Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia

S.I.G.O. Società Italiana dI Ginecologia e Ostetricia

S.I.I.V. Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia

Abstract Book