Dolore pelvico cronico: fattori psicogeni e impatto psicologico – Quinta parte

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Introduzione

Nella **prima** parte dell'articolo abbiamo spiegato come il dolore, soprattutto se cronico, sia un segnale che reclama un'attenzione immediata al nostro stato di salute fisica e psichica; e abbiamo esaminato i fattori psicogeni che possono indurre la cascata di eventi che porta alla manifestazione algica. Nella **seconda** parte abbiamo analizzato il processo attraverso cui i fattori psicogeni si traducono in dolore fisico e, nella **terza**, i criteri diagnostici che permettono di accertare l'eventuale componente psicogena del dolore. Nella **quarta** parte, abbiamo indicato come evitare una serie di errori clinici che possono contribuire a mantenere il dolore pelvico cronico.

In questa **quinta e ultima parte**, illustriamo i disturbi sessuali che possono associarsi al dolore pelvico cronico, i fattori biologici, emotivi e relazionali che li modulano, e il loro inquadramento all'interno della terapia multimodale da proporre alla donna e alla coppia.

Conseguenze psicologiche e sessuali del dolore pelvico cronico

Le conseguenze psicologiche e sessuali del dolore pelvico cronico **sono modulate da una serie di fattori**:

- la durata del dolore e il momento in cui viene diagnosticato nel corso della sua storia naturale;
- l'eziologia e la severità del dolore, e le comorbilità a cui si associa;
- le condizioni psicologiche della donna prima dell'insorgenza del dolore;
- la qualità dei legami affettivi ed emotivi all'interno della coppia e/o della famiglia;
- la qualità del supporto medico.

Ansia, depressione, perdita di energia vitale, stanchezza cronica, distress e disturbi del sonno **possono peggiorare nel tempo in funzione dell'intensità e della gravità del dolore**. Fattori specificamente predisponenti alla depressione sono la sensazione che il dolore non sia preso in considerazione in modo rigoroso, che le sue cause profonde non vengano identificate, che il medico lo liquidi frettolosamente come "psicogeno".

La sessualità della donna colpita da dolore pelvico cronico è una delle funzioni meno considerate (Graziottin, 2006). Eppure, **la maggior parte di queste pazienti lamenta uno o più disturbi sessuali**, e in particolare:

- **perdita del desiderio sessuale** e **scarsa eccitazione mentale**, che possono essere provocate:

a) dalla depressione;

b) dal feedback negativo proveniente dall'area genitale, quando la scarsa eccitazione genitale provoca secchezza vaginale, e/o la donna lamenta dispareunia introitale o profonda (Graziottin, 2006, 2009; Graziottin & Murina 2011a);

© 2011 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

- **scarsa eccitazione genitale**, con secchezza vaginale secondaria a una condizione ipoestrogenica spontanea o iatrogena;
- **dispareunia**, che può dipendere (Graziottin, 2006, 2009; Graziottin & Murina 2011a):

a) dal dolore genitale, che è il più forte riflesso inibitore dell'eccitazione fisica e della lubrificazione. Esso predispone la mucosa introitale alle microabrasioni, contribuendo così all'insorgenza della vestibolite vulvare, con iperattivazione dei mastociti, proliferazione delle fibre del dolore e iperattività cronica o acquisita del muscolo elevatore dell'ano (Graziottin, 2009; Graziottin & Murina 2011a);

b) dal dolore pelvico, più spesso associato all'endometriosi profonda, quando localizzato in corrispondenza del legamento uterosacrale, nel fornice posteriore o sulla parete vaginale posteriore, all'adenomiosi, alla malattia infiammatoria pelvica, alla sindrome dell'intestino irritabile e alla sindrome della vescica dolorosa, fino alla cistite interstiziale (Graziottin, 2006; Graziottin & Grassi, 2011b).

- **difficoltà orgasmiche**, soprattutto durante la penetrazione, quando lo scarso desiderio, la secchezza vaginale e/o la dispareunia si manifestano in comorbilità con il dolore pelvico cronico.

In un approccio realmente multidisciplinare, le conseguenze psicosessuali del dolore pelvico cronico dovrebbero quindi essere valutate con grande accuratezza e prese in considerazione nel piano terapeutico proposto alla donna e al suo partner.

Conclusioni

I fattori psicogeni possono contribuire in misura significativa al dolore pelvico cronico, in qualità di fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento dello stress cronico. Come abbiamo visto nella parte 2 dell'articolo, una delle letture fisiopatologiche attualmente più accreditate si basa sull'analisi delle **vie seguite dal fattore di rilascio delle corticotropine (CRF)** (corticotropin-releasing factor [CRF] signaling pathways), che attivano tutto il sistema di allarme, con aumento dell'adrenalina e del cortisolo.

Riconoscere la presenza e il peso dei fattori psicogeni può migliorare la capacità diagnostica del medico e potenziare la sua attitudine a curare la donna con dolore pelvico cronico, e non solo il disturbo in sé o i suoi correlati somatici. Un approccio multidisciplinare, con un supporto psicoterapeutico e psicofarmacologico (ansiolitici e/o antidepressivi) quando indicato in parallelo al trattamento medico, può aumentare le possibilità di ridurre lo stress determinato da fattori emotivi. **Dare parole al lato emotivo del dolore** è un elemento chiave in una prospettiva terapeutica strutturata non solo sul "curare" (in inglese: to cure), ma anche sul "prendersi cura" (in inglese: to care).

Le conseguenze psicosessuali del dolore pelvico cronico, infine, dovrebbero essere valutate e trattate, dal punto di vista medico e/o psicodinamico, con un approccio su misura. In conclusione, **il messaggio da trasmettere alla donna** non dovrebbe più essere «il dolore è tutto nella sua testa», ma «la sua sofferenza psicologica, gli abusi pregressi che ha subìto, parlano attraverso il suo corpo. Questo è il motivo per cui noi dovremmo dare parole al suo dolore emotivo, con un approccio psicologico, quando indicato, mentre in parallelo curiamo tutte le cause fisiche del suo dolore. Io desidero che lei si senta meglio, che lei stia meglio. Ridurre il suo dolore in tutte le sue

componenti è la mia priorità e il nostro obiettivo».

Approfondimenti specialistici

Graziottin A.
Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus
in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard Practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p. 342-350, 2006

Graziottin A.
Mast cells and their role in sexual pain disorders
in: Goldstein A. Pukall C. Goldstein I. (Eds), Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management, New York, Blackwell Publishing , p. 176-179, 2009

Graziottin A. Murina F. (2011a)
Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura
Springer Verlag Italia, Milano, 2011
Acquista a prezzo scontato sul sito di **Libreria Farmaceutica**

Graziottin A. Grassi D. (2011b)
Sintomi vescicali, dispareunia e vulvodinia
in: Genazzani A.R. (Ed), Distrofie e flogosi del basso tratto genitale: approccio per il ginecologo pratico, 2011 (in press)