

Introduzione: la donna nella modernità

I cambiamenti socio-culturali che hanno interessato la condizione della donna degli ultimi 70 anni, hanno condizionato tutto il mondo occidentale.

Non a caso in riferimento a tali cambiamenti e allo stile di vita in perenne evoluzione, che hanno attraversato la famiglia e la società sin dalla metà del secolo scorso, si è parlato di rivoluzione femminile.

Il ruolo della donna da sempre è stato relegato a quello di moglie/madre/domestica; la sua sessualità al mero atto riproduttivo e di allevamento della prole.

Quando intorno alla metà del secolo scorso i processi di emancipazione e scolarizzazione delle donne iniziarono ad essere un dato di fatto obiettivo e puntuale, i movimenti socio-politici femministi del tempo, scossero ancora le parti della società più obnubilate.

Non si trattava più di chiedere maggiore accesso alla sfera pubblica politica e sociale, ma di ottenere una posizione maggiormente egitaria nella sfera privata; nonostante iniziavano ad affacciarsi al lavoro esterno dalle mura domestiche, il ruolo delle donne in famiglia rimaneva sempre secondario e subordinato a quello indiscusso del “pater familias”.

La denuncia rimandava alla consapevolezza di non essere ancora del tutto libere. Uguaglianza e sessualità diventarono cavalli di battaglia politica. L’interesse si spostò dalla pretesa di trattamento egitario sul piano politico, sociale e lavorativo alla dimensione più interna e personale: la riappropriazione del proprio corpo, dello spazio psichico dei propri desideri, bisogni, libertà.

A fondamento di questa riflessione sulla sessualità e sulla maternità vigeva l'ambizione incolmabile di riappropriarsi della propria storia personale che fino ad allora era stata espropriata alle donne senza possibilità di scelta alcuna.

Sintomo di questa soggezione la realtà dell'aborto. Ipocritamente vietato, ma vissuto da migliaia di donne in solitudine e a rischio della propria vita.

La realtà femminile intendeva letteralmente conquistare la sovranità sulla propria esistenza personale.

Nel 1978 venne approvata la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza e sulla tutela sociale della maternità.

Le norme contenute nel testo, erroneamente note come "legge sull'aborto", disciplinavano l'interruzione volontaria della gravidanza, ponendo fine alle pratiche illegali, normando in maniera precisa e severa il ricorso all'aborto assistito e proponendo innovativi interventi di prevenzione.

Altra legge a tutela della sempre più crescente difesa della donna fu la legge del 5 agosto 1981, n. 442 ossia, l'abrogazione della rilevanza penale della causa d'onore e del matrimonio riparatore.

L'art. 587 del Codice Penale infatti, sanciva l'omicidio come delitto di genere relativo alla moglie, alla figlia e alla sorella. Il cosiddetto "delitto d'onore" era "giustificato" perché motivato dal tradimento dell'onore familiare. La donna era dunque l'oggetto, il contenitore dell'onore, mentre l'onore apparteneva al soggetto maschile con cui la donna era in relazione.

Al tempo medesimo vigeva l'istituto del "matrimonio riparatore", che prevedeva l'estinzione del reato di violenza carnale nel caso che lo stupratore di una minorenne accondiscendesse a sposarla, salvando l'onore della famiglia.

Ritournerà alla mente il caso di Franca Viola, rapita da colui che la pretendeva in sposa, prima donna italiana a rifiutare il matrimonio riparatore.

Essa divenne simbolo della crescita civile dell'Italia nel secondo dopoguerra e dell'emancipazione delle donne italiane.

Ultima, ma non in ordine d'importanza nel novero delle leggi a difesa della donna, è la legge 15 Febbraio 1996, n. 66, norma contro la violenza sessuale.

Riformando il codice "Rocco" si riconosce sostanzialmente che la violenza sessuale non è un reato contro la morale, ma uno contro la persona, con le modifiche importanti che ciò comporta dal punto di vista giudiziario. Vengono inasprite le pene, in special modo contro la violenza ai minori e la violenza di gruppo, casistiche che, al giorno d'oggi, emergono con frequenza sempre più preoccupante, al punto da meritare una definizione specifica legata prevalentemente al genere sessuale: *femminicidio*.

Ci si chiederà il razionale dell'enunciazione di queste leggi in un lavoro di ricerca inerente un disturbo vulvare raro.

Il ruolo umiliante delle donne di questa generazione che sentono l'imposizione di un amore violento, agito e non pensabile nelle sue complicità esperienziali multiple (affetti, desideri, crescita interpersonale, tenerezza), l'incapacità della separazione affettiva invischiata, rendono relazioni ed esperienze precoci, danneggiate e dal risultato psicopatologico perverso.

La tragicità dell'elemento raro e poco comune di tale disturbo isola le donne che ne sono affette.

L'impossibilità di vivere la propria femminilità, sessualità e sensualità in armonia e libertà rende oscuro ogni altro aspetto della vita quotidiana.

L'inattuabilità della condivisione del disturbo accresce il senso di solitudine, la colpevolezza e il dolore muto e sordo a qualsiasi richiesta d'aiuto.

L'elemento "perturbante" (Freud, 1919) dell'esserne affette sta nell'*impensabilità* dell'essere "accolte", anche, più concretamente, da parte di un'équipe che possa prendere in carico non soltanto i correlati sintomatici, fisici o biologici della sintomatologia dolorosa, ma in primis quelli psicologici, intimi e sessuali da cui scaturisce il disagio.

Nella donna esiste una più forte necessità di provare sentimenti di amore e di tenerezza con il suo partner, e lo svilupparsi più maturo del suo erotismo eterosessuale comporta in genere anche una componente personale, materna, non dipendente in tutto e per tutto.

La scissione del livello affettivo dal suo lato più fisico e sessuale rende, per la donna, invivibile sul piano psicologico la sfera sentimentale.

D'altronde, è risaputo come corpo e mente non siano separabili: l'una presiede l'altra senza possibilità di sostituzione.

Ma dunque, come definire "civile" una società che intesse rapporti burrascosi con l'amore, il sesso e la relazione tra i due sessi?

La possibilità di dare risposta a tale quesito prescinde ovviamente, i fini e la realizzazione del presente lavoro che si propone, invece, di illustrare la realtà psicoaffettiva di donne immerse in un dolore, troppo spesso indefinibile, innominabile e, in definitiva scevro di possibilità di *com-prensione*.

I La Vulvodinia: il dolore sessuale femminile “senza cause apparenti”

L'interesse per il seguente studio clinico nasce dall'approfondimento di studi inerenti patologie vulvari e il vissuto soggettivo del femminile (Ponte M., Klemperer E., Sahay A., Chren M. M., 2009).

L'assenza di lesioni cliniche obiettivabili e la sintomatologia vulvare di questa patologia caratterizzata da bruciore, fastidio, sensazione di punture, dolore urente e la dispareunia associata, hanno portato per molto tempo ad etichettarla come una problematica di tipo psicosomatico o esclusivamente psicologica.

Secondo la letteratura (A., F., Plante M., A., Kamm, 2008) le donne affette da vulvodinia presentano maggiori difficoltà emotivo-affettive e strategie disadattive di fronteggiamento dei problemi rispetto alle donne non diagnosticate come tali, in base agli eventi di vita avversi che segnano un precipuo ruolo del femminile classificabile come psicopatologico.

Solo pochi studi mettono in evidenza il ruolo degli aspetti psicologici sulla salute psico-fisica di queste donne. La sofferenza psichica provata infatti, ha delle ripercussioni negative sul benessere soggettivo percepito (Arnold L. D., Bachmann G. A., Rosen R., Kelly S., Rhoads G. G., 2006), in quanto si evidenziano livelli significativi di distress psicologico in domini quali somatizzazione, ansia, depressione, sintomi fobici, paranoia, difficoltà relazionali e sessuali (Wylie K., Hallam-Jones R., Harrington C., 2004).

Il presente lavoro si propone di ampliare le conoscenze psicodinamiche, difensive e psicopatologiche che distinguono le patologie vulvari dalla più rara “vulvodinia”

Un po' di Storia...

La Vulvodinia trova definizione per la prima volta nella letteratura ginecologica nel 1880, ad opera di I. G. Thomas che la inquadra come un'iperestesia della vulva determinata da “un'eccessiva sensibilità delle fibre nervose deputate all'innervazione della mucosa vulvare in una parte ben precisa della vulva stessa”.

Un'analogia situazione fu descritta da Skene nel 1888, il quale la definisce come “una malattia caratterizzata da un'ipersensibilità della vulva...senza alcuna visibile manifestazione esterna di malattia...quando le dita toccano le parti iperestesiche, la paziente lamenta dolore così forte che piange”.

Per tornare a parlare di questa sindrome bisogna aspettare il 1928 quando Kelly descrive “aree di arrossamento particolarmente sensibili localizzate a ridosso dell'anello imeale”.

Da notare che nessuna citazione della malattia appare nei testi di medicina per i successivi cinquant'anni!

E' solo nel 1975 al Congresso Mondiale della Società Internazionale per lo Studio delle Malattie Vulvovaginali (ISSVD) che viene descritta la sindrome come “la vulva che brucia”.

Nel 1983 l'ISSVD adotta la prima definizione formale di vulvodinia: “fastidio vulvare cronico caratterizzato da bruciore, irritazione o dolore”.

Infine, tale definizione viene formalmente rivista nel 2003 e pubblicata nel 2004 come “*una sindrome dolorosa complessa, inerente la zona vulvare, non sostenuta da alterazioni clinicamente visibili e caratterizzata da sensazione di bruciore e dolore cronici*”.

Da ciò si evince come lo studio della vulvodinia sia più che recente.

Panorama scientifico mondiale

Lo studio ESOVIA (Epidemiological Study of Vulvodynia Italian Association-AIV) si propone di fotografare la reale diffusione della vulvodinia in Italia.

In Italia la patologia è sicuramente sottostimata, con una prevalenza sulla popolazione generale valutata intorno al 10-15%, e rappresentando di fatto, la causa più importante di dispareunia. In base ai dati dell'indagine, rivolta a duemila ginecologi italiani, la vulvodinia sembra avere un'incidenza pari al 6% circa delle pazienti sottoposte a valutazione ginecologica nell'arco dei trenta giorni di osservazione dello studio.

I dati di prevalenza negli USA invece, suggeriscono come la malattia non sia rara, ma questo, è con ogni probabilità imputabile anche alle metodologie di indagine e di rilevamento dei dati utilizzati che privilegiano interviste, questionari, formulari o colloqui telefonici che non danno garanzia di accertamento patologico.

L'insorgenza si ha tra i 16 e gli 80 anni, mentre la maggiore incidenza tra i 20 e i 40 anni.

Almeno il 30% delle donne rimane senza diagnosi.

Sembrerebbe colpire in modo esclusivo le donne di razza bianca, mentre estremamente rara nelle donne africane e nelle asiatiche.

Questo dato però può risultare polarizzato dal fatto che alcune comunità culturali proibiscono alle donne di parlare della loro sessualità.

Infatti, una ricerca di Harlow e Stewart (2003), eseguita su una popolazione femminile non necessariamente frequentante i servizi, ha dimostrato che l'incidenza di dolore vulvare era simile tra le donne afro-americane e quelle caucasiche, ma più elevate tra le donne ispaniche.

Eziopatogenesi, Manifestazioni Cliniche e Diagnosi

Tale patologia è inquadrata dal DSM-V, come Disturbo da sintomi somatici, con dolore predominante, ma in quanto sindrome da dolore neuropatico, essa è ancora poco conosciuta.

Il termine infatti fa riferimento alla natura dolorosa propria della patologia neuropatica¹: vulvodinia trae origine dalla crasi delle due parole greche vulva e odinia, ossia dolore.

Il termine disestesia è stato per anni sovrapposto a quello di vulvodinia, e si esprime in un'anomala percezione (talvolta spiacevole, ma non necessariamente dolorosa) di normali stimoli sensoriali che possono tradursi in sensazione di puntura, prurito, alterazione termica (caldo o freddo) o scossa elettrica. Ma il vero sintomo-chiave di questa malattia è l'allodinia, che costituisce l'espressione sintomatologica dominante. Per allodinia si intende l'evocazione di dolore da parte di uno stimolo/noxa comunemente non doloroso o semplicemente non esistente. Infine, molte pazienti lamentano una sintomatologia dolorosa esagerata e/o esageratamente prolungata ad un modesto stimolo doloroso, come si realizza nella risposta amplificata dell'iperalgisia.

¹ Il dolore neuropatico è dovuto al non adeguato funzionamento del sistema nervoso, periferico e centrale.

La vulvodinia va intesa quindi, non come sintomo, ma come “sindrome dolorosa cronica” in cui il dolore facendosi cronico, da sintomo si trasforma in vera e propria malattia.

Il corteo sintomatologico che la caratterizza e dunque la sua eziopatogenesi, è estremamente variegato, multiforme e soggettivo, scatenato da molteplici fattori che agiscono in piena simbiosi.

L’ enfasi attribuita ai processi di flogosi tissutale, come elemento cardine dello scatenamento e del mantenimento della sindrome, è stata ridimensionata con il riconoscimento di una patogenesi di natura neuropatica, in cui i processi infiammatori svolgono ruoli assolutamente marginali.

Nel tempo sono stati chiamati in causa come probabili moventi scatenanti la sintomatologia fattori infettivi, ormonali, escrezione di ossalati eccessiva, ecosistema vaginale alterato, variazioni del pavimento pelvico, fattori iatrogeni medici o chirurgici.

Ad oggi si ritiene che la patogenesi di tale sindrome sia di tipo neuropatico, associata a fattori favorenti di tipo psicologico (lutti, abbandoni, perdita di lavoro, disturbi ansioso-depressivi) e/o organico (traumi, infezioni recidivanti ecc..) che agirebbero in maniera sincrona o concomitante.

Il quadro clinico è dato da bruciore, sensazione di ustione/secchezza, irritazione/dolore, sensazione di “punture di spillo” o scosse elettriche, difficoltà nei rapporti sessuali con dispareunia, gonfiore della vulva.

Il prurito deve essere assente.

La visita ginecologica risulta obbiettivamente negativa, in quanto dall’ esame la vulva è perfettamente normale, ma la paziente prova dolore al “touch test” ossia, dolenza all’organo genitale femminile ogniqualvolta venga semplicemente sfiorato.

L'ipertonio presente della vulva che si osserva può essere di natura difensiva.

Definita anche come *disestesia vulvare*, la vulvodinia si distingue in due forme: *primaria*, se le sue manifestazioni si verificano sin dal primo rapporto sessuale con penetrazione; *secondaria*, se preceduta da un periodo di vita in cui nessun dolore vulvare è stato avvertito.

E' stata classificata dall'International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD, 2003), in relazione a due elementi fondamentali:

Sede dei disturbi

- ✚ *Forma generalizzata*: disturbi che interessano gran parte della regione vulvare (perineo e regione anale compresi);
- ✚ *Forma localizzata*: disturbo che interessa prevalentemente il vestibolo vaginale (vestibolodinia), il clitoride (clitoridodinia), o altra sede;

Caratteristiche dei disturbi

- ✚ *Provocata*: i sintomi sono prevalentemente legati alla stimolazione (contatto, sfregamento, penetrazione vaginale);
- ✚ *Spontanea*: i sintomi sono quasi sempre presenti, indipendentemente dalla stimolazione;
- ✚ *Mista*.

L'esperienza di questa sindrome coesiste anche con quella del *vaginismo*, il quale consiste nella contrazione involontaria, ricorrente e persistente dei muscoli pelvici che rende impossibile la penetrazione e della *dispareunia*, ossia il persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione vaginale completa nel rapporto sessuale, che causa notevole distress personale e psicologico.

I contesti di manifestazione del dolore sono ugualmente diversificati. Infatti, se a causa della natura tragica e particolare della patologia, la maggior parte delle

donne lamenta difficoltà nei rapporti e dolore durante la penetrazione, altre donne sono impedito nel praticare attività, prassi o comportamenti anche semplici di tipo quotidiano come indossare collant, pantaloni attillati, accavallare le gambe, stare seduta o fare esercizio fisico.

La diagnosi della vulvodinia è clinica e di esclusione.

L'esame obiettivo è attraversato da tre fasi:

- indagine ad occhio nudo, per verificare la presenza di eventuali eritemi o fissurazioni, che rimanderebbero a patologie di ordine organico;
- test pressorio o "touch test" per constatare topograficamente l'entità dell'iperestesia;
- introduzione dello speculum per misurare la gravosità del dolore introitale.

Ancora, possono rendersi necessari accertamenti radiografici (TC e RM) o elettromiografie del pavimento pelvico per escludere patologie osteoarticolari, neurologiche degenerative o variazioni della trasmissione nervosa del nervo pudendo.

Infine, gli aspetti psico-sessuologici pongono l'attenzione sulle difficoltà relazionali di queste donne: ma ci si potrebbe chiedere dunque, tali difficoltà relazionali si manifestano a causa della malattia, o la vulvodinia copre situazioni patologiche ben peggiori? (Micheletti, 2006).

Come Freud ha sostenuto in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1924) il sintomo, il più delle volte, può essere l'unica soluzione di compromesso.

Da quanto detto, risulta perciò fondamentale analizzare il rapporto con la femminilità/mascolinità, personalità e la relazione amorosa.

Lo sviluppo di genere è multi-determinato: dalla dotazione biologica, dalle specifiche relazioni d'attaccamento, dalla crescita psicologica con i pari oltre che dalle successive manifestazioni interpersonali dell'età adulta.

Lo sviluppo psico-sessuale ha un enorme peso sull'identità di genere delle vulvodiniche.

Le implicazioni psico-sessuologiche verranno discusse meglio di seguito nel presente lavoro.

E' proprio per la numerosità di questi fattori interconnessi che la diagnosi di vulvodinia appare particolarmente difficile.

Noto infatti, è il cosiddetto effetto "ping-pong" del quale queste donne si lamentano, ossia, il continuo rimbalzare da uno specialista ad un altro, senza ottenere diagnosi, terapia, ascolto, o alcun risultato apprezzabile che dir si voglia.

Realtà psico-affettiva e sessuale delle donne con vulvodinia

Aldilà degli aspetti puramente bio-neuro-fisiologici, anche gli aspetti psico-sessuologici sono messi in relazione con questa sindrome.

Per meglio comprendere il legame tra la vulvodinia e il benessere psicologico delle donne che la vivono, alcuni autori si sono interessati al modo in cui esse percepiscono e nutrono la stima, l'immagine di se stesse ed il loro corpo.

In linea generale, sperimentare questa patologia ha delle ripercussioni negative sulla stima personale (Spadt S. K., 2002). Alcune ricerche evidenziano la relazione conflittuale che queste donne hanno con se stesse e con il loro corpo:

esse riferiscono di non amarsi abbastanza, percepire il loro corpo come poco funzionante, (Kaler A., 2006) “rotto”, disabile e di nutrire odio verso la vagina che impedisce loro di essere e percepirsi come vere donne (Katz S. R., 1995).

Molti autori osservano che le donne con questa sindrome sentono che il dolore mina il raggiungimento di determinati ruoli sociali, in particolare quelli di amante, madre e donna in generale dunque, quelli che più di altri costituiscono l'essenza dell'essere femminile.

La vulvodinia si configura quindi come un ostacolo alla realizzazione del ruolo sessuale di moglie o partner.

Reed et al., 2000 dichiarano che alcune donne si considerano in modo maggiormente negativo come partner sessuali, meno desiderabili arrivando a definirsi come sessualmente incompetenti.

Altre, si sentono limitate nell'esercizio di un altro ruolo propriamente femminile: la maternità.

Kaler e Katz (2006, 1995) notano come esse sperimentano maggiore paura del parto, vivendo in lutto l'esperienza della gravidanza e della maternità a causa del dolore.

Dunque, la vulvodinia si accompagna alla sensazione di essere meno femminili, diverse o inferiori rispetto le altre donne, incomplete, inadeguate, o addirittura inutili.

Alcune si percepiscono addirittura come delle “impostore”: dall'esterno, attraenti sessualmente si “confondono” con le vere donne, ma giunto il momento dell'intimità, sopportano difficilmente la penetrazione a causa del dolore.

Si colpevolizzano di essere poco autentiche perché alimentano false aspettative riguardo la loro femminilità.

Ad ingigantire le loro difficoltà, vi è l'impressione di essere le uniche a vivere una tale condizione, incomprensibile agli occhi dei più e nutrendo in loro il sentimento di "anormalità". Non si realizza compenetrazione tra maschile e femminile in loro, il che non evoca pensiero, non produce sentimento e senso di soddisfazione personale. Il dolore di essere donna non viene compreso, ma relegato alla sfera somatica che risulta in crisi.

Ci si può chiedere dunque, perché queste donne soffrono così maledettamente. Perché non riescono ad accedere ad un livello simbolico del pensiero, il cui dolore rimane incistato soltanto sulla sfera più superficiale e somatica?

Sono sofferenti perché non riescono a "triangolare", ossia ad accedere a livelli integrativi dell'esistenza? O semplicemente perché svilite dalla malattia rimangono incentrate su di essa, non "vedendo" l'altra parte del genere umano? In ultima istanza, si ritrovano a invidiare le donne libere di vivere una vita "senza dolore", ma quel che è peggiore e triste, è che si dicono insoddisfatte di essere di sesso femminile.

II Metodo

Diverse sono le ricerche all'interno del panorama scientifico che hanno trattato la vulvodinia sotto aspetti diversificati, ma pochi risultano quei lavori che hanno affrontato le questioni psico-emotive, interpersonali e sessuali che essa comporta (Wylie K., Hallam-Jones R., Harrington C., 2004).

La maggior parte delle ricerche infatti, si sofferma sulle comorbidità, sulla prevalenza e caratteristiche demografiche del disturbo, sull'outcome di interventi effettuati (Arnold L. D., Bachmann G. A., Rosen R., Kelly S., Rhoads G. G., 2006; Ventolini, 2011), o tutt'al più sugli effetti del disturbo sulla qualità della vita (Ponte M., Klemperer E., Sahay A., Chren M. M., 2009), senza approfondire accuratamente le caratteristiche psicologiche ad esso sottostanti.

E' davvero esiguo il numero delle ricerche che ha valutato gli aspetti psico-emotivi e il vissuto femminile della donna affetta da Vulvodinia.

Risulta necessario sottoscrivere che la maggior parte della letteratura scientifica in merito è prevalentemente di produzione americana, in cui gli impianti metodologici e i disegni di ricerca hanno caratteristiche profondamente diverse.

Questo probabilmente incide notevolmente sulla possibilità di avere a disposizione indici clinici qualitativi inerenti gli aspetti più intrapsichici e relazionali, piuttosto che macro-demografici, politici e sociali.

Gli studi americani infatti, portano tutti la caratteristica comune di avere grossi numeri a disposizione, considerato che prediligono modalità di rilevamento dei dati privilegianti tempi brevi e mezzi rapidi, come le interviste telefoniche, i questionari spediti per posta, mail o quant'altro.

In questi casi non è possibile avere la certezza di una diagnosi scientifica e certificata, ma si ha solo a disposizione il criterio valutativo del soggetto rispondente al test, il quale può tutt'al più riferire una costellazione sintomatica che potrebbe essere indice di patologie svariate.

Se proprio vogliamo trovare un razionale "spendibile" a tali macro-ricerche di tipo quantitativo, esse risultano maggiormente utili alla migliore presa in carico di ordine medico o farmacologico ma, sicuramente, non alla presa in carico psicologica che assume in sé l'intera persona.

Preme infatti ricordare che solo un esperto Vulvologo può porre diagnosi di vulvodinia e solo a seguito di visita vulvologica specifica e non il mero riferimento di un qualsiasi corteo sintomatologico.

Il metodo che possiede variabili certe e non supposte - come la diagnosi certificata da un esperto vulvologo - e dispone di dati qualitativi acquisiti *in loco* attraverso il colloquio psicologico, conferisce a questo disegno di ricerca una maggiore validità allo studio e alla verifica delle ipotesi.

Infatti, non sono riscontrabili, tra la letteratura disponibile in materia, studi che, come questo, dispongano di indicatori clinici come il colloquio psicologico o l'utilizzo di test di tipo proiettivo che indaghino gli aspetti psichici, emotivi ed affettivi al fine di valutare poi, cosa clinicamente si possa fare per tali donne.

Il fine ultimo di questo lavoro è quello di offrire un approfondimento conoscitivo di tipo qualitativo che renda contezza del disturbo in sé e di ciò che esso comporta per le donne che ne risultano affette.

Non sarà un puro caso il fatto che queste donne si presentano presso ambulatori vulvologici, chiedendo cure e soluzioni tangibili ed obbiettive di tipo fisico,

piuttosto che in studi di psicologia; quello che viene trascurato o comunque, messo in secondo piano è proprio il livello mentale del disturbo.

In sostanza, contribuisce a rendere buona una ricerca come questa, l'approfondimento qualitativo sulle implicazioni psico-emotive e sui vissuti affettivi e sessuali femminili.

Disegno di Ricerca

Il disegno di ricerca riguarda la progettazione dello studio e le relative operazioni da compiere inerenti gli strumenti, la temporalità, gli eventuali trattamenti e gli errori da evitare, al fine di rilevare le dimensioni più importanti e conseguire un risultato valido.

Il presente lavoro intende definire il vissuto femminile di donne affette da Vulvodinia, esplorandone il vissuto psicologico, la percezione dell'immagine corporea, le strategie difensive e l'impatto che la malattia ha sul senso di benessere percepito.

Lo studio introduce un protocollo completo per studiare in modo approfondito le variabili oggetto di studio.

Di fatto, l'interesse dello studio è quello di porre al centro la donna, dotata di tutte le implicazioni psicologiche, emotivo-affettive, bisogni e desideri di cui è portatrice, e non la mera patologia di cui risulta affetta.

Il progetto si articola in due studi specifici ed interconnessi:

1. Valutare l'assetto psichico delle donne oggetto di studio, i meccanismi di difesa, le strategie utilizzate, la percezione dell'immagine corporea;

2. Valutare il senso di benessere percepito rispetto la patologia di cui risultano affette e l'impatto e le ricadute che questa ha su tematiche di tipo affettivo e/o sessuale.

Lo studio clinico si basa su un disegno di ricerca clinico osservativo di tipo caso-controllo.

Tra il 2013 e il 2015 sono stati valutati due gruppi indipendenti di 20 casi ciascuno, procedendo successivamente su analisi descrittive e confronti non parametrici dei dati rilevati.

Le donne esaminate sono state così suddivise: *gruppo clinico* - donne diagnosticate come vulvodiniche - e *gruppo di controllo* - donne mostranti patologie vulvari varie (Lichen Planus, Lichen Sclerosus), non diagnosticate però come vulvodiniche -.

Le unità d'analisi di entrambi i gruppi sono state reclutate presso Ospedali e ambulatori di vulvologia e colposcopia, e inserite nello studio previo consenso informato e aderenza al protocollo psicodiagnostico.

Le 40 pazienti sono state valutate attraverso colloqui anamnestico-clinico e strumenti psicodiagnostici; i colloqui sono stati condotti in maniera complementare dalla vulvologa e dalla psicologa per indagare in maniera specifica ogni area d'interesse che fosse di propria competenza.

Il ruolo del ginecologo di fatto importante perché esclude che quanto si presenta ai suoi occhi non è territorio di sua competenza, tale per cui da rimandare la paziente all'esperto vulvologo.

Nello specifico, la vulvologa, ha indagato gli aspetti sintomatologici come prurito, dolore, bruciore, dispareunia, secchezza, gonfiore e loro durata, intensità e qualità (saltuario o persistente), oltre la storia clinica; la psicologa ha valutato lo stato psichico delle pazienti, anamnesi, affettività, capacità

d'insight, eventuali abusi sessuali, violenze, molestie subite in passato ecc., avvalendosi anche dell'utilizzo di strumenti psico-diagnostici, quali:

- *Defense Mechanism Inventory* (DMI; G. Fioriti, R. Fiumara, P. Gentili, 1992);
- *Somatic Inkblot Series* (SIS; W. A. Cassel, 1980);
- *Symptom Check-List 90-R* (SCL-90-R ; L. R. Derogatis, 1994);
- *Satisfaction Profile* (Sat-P; Majani G., Callegari S.,1998).
- Test di associazione di parole;

Gli strumenti utilizzati, sono stati inseriti per misurare le variabili oggetto di studio, ossia, i meccanismi di difesa in atto, la percezione dell'immagine corporea, i vissuti depressivi, eventuali sintomi psicologici e/o psicopatologici, strategie per fronteggiare situazioni difficili/problematiche, la soddisfazione soggettiva connessa allo stato di salute ecc..

Questo studio mira infatti a descrivere il vissuto psicologico delle donne affette da vulvodinia per circoscrivere la specificità del disturbo in seno alle patologie vulvari.

Le parti coinvolte, promotrici dell'azione, sono state: l'Ambulatorio di Vulvologia e Colposcopia del Dipartimento "Promozione della Salute Materno-Infantile (PROSAMI)", Responsabile Dott.ssa Pina Belfiore, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, Direttore Generale Prof. A. Perino e il Dipartimento di Scienze Psicologiche Pedagogiche e della Formazione dell'Università degli Studi di Palermo, Tutor Responsabile Prof.ssa Sabina La Grutta, Direttore di dipartimento Prof. S. Boca.

Un'analisi preliminare dei risultati è stata effettuata con SPSS-19 in base alle norme di riferimento di ciascun reattivo: statistiche descrittive e parametriche

hanno consentito una valutazione dei dati clinici quantitativi, mentre l'analisi qualitativa dei dati ha consentito un approfondimento esplorativo dei dati clinici emersi.

Le osservazioni cliniche ed i dati raccolti corroborano con la letteratura più recente ed ampliano alcune importanti aree di comprensione psicologica del disturbo.

Strumenti

Durante la valutazione delle donne aderenti al progetto di ricerca, svolta unitamente con la collaborazione di Vulvologhe specializzate, abbiamo effettuato **colloquio clinico ed anamnestico**, previo consenso informato per la collaborazione e il trattamento dei dati personali, sotto la normativa della privacy. A seguire gli strumenti impiegati.

Defense Mechanisms Inventory (Ihilevich & Gleser, 1992)

Un dispositivo utile per valutare i meccanismi di difesa è il DMI, ossia il Defense Mechanisms Inventory (Ihilevich & Gleser, 1992).

Il test si basa sui meccanismi di difesa che si presume operino a livello inconscio e possono essere riconosciuti indirettamente. Il loro scopo è quello di diminuire l'ansia, mediante un'alterazione del significato della minaccia da parte del soggetto, restituendo ed accrescendo il senso di benessere.

Partendo dal presupposto che le risposte a "situazioni ipotetiche" risultino essere più libere e maggiormente connesse allo stile abituale di risposta rispetto

a quelle date in riferimento a situazioni reali presenti nella vita del soggetto (Coyne, Gotlib,1983), gli autori hanno costruito dieci storie che descrivono situazioni conflittuali, ciascuna delle quali è correlata a quattro domande che sondano i comportamenti manifesti (reazione reale), le fantasie (reazione impulsiva), i pensieri (cosa verrebbe loro in mente), e le emozioni (sensazione). Ogni domanda ha cinque possibili risposte, corrispondenti ad altrettanti cinque *stili difensivi*, ognuno dei quali raggruppa un certo numero di meccanismi di difesa. Essi sono: 1) *Aggressività* (Turning Against Object, TAO); 2) *Proiezione* (Projection, PRO); 3) *Principalizzazione* (Principalization, PRN); 4) *Rivolgimento contro se stesso* (Turning Against Self, TAS); 5) *Rovesciamento* (Reversal, REV).

Il soggetto segna 2 risposte per ciascuna domanda suggerita: l'una, più simile alla situazione proposta, segnando “+” sul foglio di risposta; l'altra, meno simile alla situazione indicata, segnando “-” sul foglio di risposta.

Per ogni item barrato con “+” viene attribuito un punteggio di 2 punti, 1 punto per ogni risposta non barrata e 0 punti per ogni “-” barrato. Il “totale dei totali” deve essere uguale a 200.

Dopo avere ottenuto i punteggi grezzi, si può costruire un profilo dei meccanismi di difesa dei soggetti, trasformando i punteggi in punteggi ponderati da confrontare con i valori della popolazione italiana.

Il foglio di profilo è differenziato sulla base del sesso del soggetto.

Il DMI, nella versione italiana, richiede un livello culturale che consenta la lettura e la comprensione di un quotidiano. Lo stesso può essere completato in 30-40 minuti.

Lo strumento è stato validato e adattato alla popolazione italiana con buone norme statistiche, il cui test di riferimento utilizzato è stato l'MMPI-2.

Somatic Inkblot Series (Cassell W. A., 1989)

Il test di “percezione somatica a macchie d’inchiostro” Somatic Inkblot Series SIS è un reattivo semi-proiettivo ispirato al Roschach, ideato allo scopo di valutare la percezione corporea e il relativo vissuto soggettivo, oltre a determinare eventuali zone conflittuali o scarsamente mentalizzate.

E’ utile in quanto stima la profondità e il significato di sintomi somatici, reazioni di conversione, allucinazioni somatiche e disfunzioni sessuali.

E’ costituito da una serie di 20 cartoncini ognuno dei quali rappresenta uno stimolo visivo semi-ambiguo basato su una specifica struttura anatomica tale da suscitare verbalizzazioni spontanee su percezioni somatiche, ma non in modo da limitare le risposte alla solo nomina di parti del corpo o di colori.

Le tavole di colore nero, rosso e grigio rendono possibile accedere al materiale più profondo, simbolico e rimosso.

Al soggetto viene richiesto di riferire cosa vede in ognuna delle tavole proposte, in maniera associativa.

Per ogni tavola presentata viene registrato il tempo di reazione o di “latenza”, ossia il tempo che intercorre tra la presentazione della tavola e la verbalizzazione della risposta. Esso è clinicamente significativo come indicatore di resistenza.

L’intervista standard è poi completata con alcuni quesiti che riguardano: 1) localizzazione; 2) caratteristiche; 3) elaborazione.

Successivamente viene condotta un’indagine dettagliata ponendo le tavole davanti al soggetto e chiedendo loro di scegliere quelle che evocano sensazioni positive. Lo stesso viene poi ripetuto per le tavole che evocano reazioni negative, chiedendo di mettere in ordine le suddette tavole dalla più, alla meno preoccupante.

Nello specifico del mio studio ho utilizzato una forma breve del test, costituita dalle sole sette tavole di Rimozione Somatica, scelte per la loro struttura anatomica relativamente spiccata. Di seguito le tavole utilizzate ed il relativo apparato suscitato sottostante: *Tavola VI*, apparato cardiaco-respiratorio; *Tavola VII*, apparato cardiaco (a livello più profondo suggerisce i genitali femminili); *Tavola VIII*, cavità toracica; *Tavola IX*, apparato urogenitale; *Tavola XIV*, apparato genitale femminile; *Tavola XV*, colonna vertebrale; *Tavola XVII*, regione toracico-sacrale.

Le SIS sono valutate in base ad una serie di dimensioni poste su un sistema di punteggio incentrato su un'analisi del contenuto alla prima risposta descrittiva data ad ogni tavola.

Le dimensioni valutate sono: 1) *Anatomia Patologica* (Pathologic Anatomy Score, PAS): si ottiene un punto per ogni risposta alla tavola che indica il corpo, o parte di esso, come “malato”, “ferito”, “insanguinato” ecc.. Il punteggio a questa dimensione va da 0 a 20; 2) *Ansia e minaccia* (Anxiety-Threat Rating, ATR): mostra l'eventuale grado di minacciosità della tavola dunque, il relativo legame affettivo con quella parte del corpo. Il punteggio di questa dimensione varia da 0 a 40 per ogni tavola, con una scala di valori a 3 punti (0,1,2), ad esempio: 0: nessuna minaccia; 1: minaccia moderata (“una faccia sgradevole”), 3: minaccia grave (“una vagina malata, morente”); 3) *Depressione* (Depression, D): valuta la presenza di affetti depressivi documentata da risposte alle macchie con elevati contenuti di depressione. Viene usata una scala a quattro punti: 0: nessun contenuto di depressione; 1: lievi contenuti depressivi rilevabili nelle fattezze umane o animali (“faccia triste”); 2: depressione moderata (“persona a lutto”); 3: stato depressivo associato a una risposta anatomica (“vulva stretta in una morsa”); 4) *Rimozione*

Somatica (RS): si basa sul principio secondo cui i soggetti tendono a rispondere in maniera distorta ad immagini angoscianti, minacciose, conflittuali. La dimensione somatica a queste tavole viene valutata con un punteggio che va da 0 a 7 (0 o 1 per ognuna delle sette tavole) e fa riferimento alla teoria secondo cui un'immagine o uno stimolo "emotivamente attivi" provoca una percezione deforme, che porta il soggetto o ad evitare in ogni modo a lui possibile il riferimento anatomico (sostituendolo con un altro contenuto anatomico o attraverso un contenuto non anatomico), o al contrario, a manifestare un'accresciuta iper-sensibilità. Questo sarebbe in accordo con quanto espresso da Byrne (1964), secondo cui soggetti sintomatici tenderebbero a rispondere in maniera bipolare a stimoli angoscianti o carichi emotivamente, o con un'aumentata sensibilità o con un'estrema repressione; 5) *Sessualità* (Sex): viene quantificata la presenza di risposte sessuali attraverso una scala a quattro valori (0,1,2,3) per ogni tavola, con un punteggio che va da 0 a 60 in questo modo: 0: nessun contenuto sessuale; 1: risposte che includano baci, carezze, petting; 2: risposte che evidenziano i genitali; 3: risposte che evidenziano rapporti sessuali attivi.

La rimozione somatica (SR) nello specifico, è stata valutata attraverso la scala basata sui principi teorici di Levine e Spivack (1964) che hanno creato il RIRS o indice di Rorschach di stile di rimozione. L'utilizzo di tale scala necessita della sommatoria di tutte le risposte non anatomiche e tutte le reazioni di rifiuto alle sette tavole di rimozione. Esse sono così valutate: Tavola VI, soltanto l'oggetto rosso a forma di cuore nella parte inferiore; Tavole VII, VIII, IX, le risposte di occhi e orecchie sono valutate come rimozione; Tavola XIV, le risposte non sessuali che abbiano rapporto con l'autonomia sono valutate come

rimozioni; Tavole XV e XVII sono valutate come rimozioni le risposte riferite alla regione facciale.

Il criterio di valutazione è dato dal punteggio: quanto più alto è il valore numerico, quanto più è probabile che l'individuo rimuova le sue immagini anatomiche.

Fisher e Cleveland (1958), hanno sviluppato altri due indici importanti per effettuare valutazioni di tipo qualitativo: il punteggio "barriera" o "barrier score", misura la consapevolezza dell'individuo dei confini del suo corpo, quantificando le risposte in cui viene focalizzata l'attenzione sull'aspetto protettivo, di copertura o di difesa del confine corporeo (ad es. "uomo nella sua armatura", "mummia avvolta in bende"); il punteggio di "penetrazione" o "penetration score", quantifica le risposte nelle quali vi è una violazione, rottura o passaggio attraverso la zona di confine (ad es. "proiettile che affonda nella carne").

Il test risulta valido in quanto sono stati trovati rapporti tra i disturbi fisici di una persona e le risposte anatomiche proiettate (Cassell W. A., 1969, 1971, 1972, 1977, 1980; Cassell et al., 1980; Greengrass e Adamson, 1977) ed inoltre, costituisce un buon ausilio per la valutazione di disturbi affettivi descritti da Kielholz, come la depressione mascherata, in cui i sentimenti depressivi vengono negati sia nelle interviste sia nei test psicologici non proiettivi.

Satisfaction Profile (Majani & Callegari, 1998)

Uno strumento utile per rilevare il profilo di soddisfazione del soggetto è il SAT-P, Satisfaction Profile (Majani & Callegari, 1998), nato nell'ambito della psicologia della salute. Esso viene frequentemente utilizzato in ambito ospedaliero, poiché la soddisfazione del senso di benessere percepito dal paziente è un criterio di valutazione indispensabile per la realizzazione di interventi terapeutici efficaci.

Questo strumento è composto da 32 item relativi ad alcuni aspetti della vita quotidiana (sonno, alimentazione, attività fisica, attività sessuale, stato emozionale, abilità di coping, risorse cognitive, lavoro, tempo libero, vita relazionale e situazione economica) e per ciascun dominio il paziente è invitato ad esprimere il proprio livello di soddisfazione nell'arco dell'ultimo mese; viene richiesto di tracciare un piccolo segmento perpendicolare a quello compreso tra due estremi semanticamente definiti, a sinistra il polo "totalmente insoddisfatto" e a destra quello "totalmente soddisfatto", per indicare il grado di soddisfazione che si connette all'ambito indagato. Il range di punteggio va da 0 (totale insoddisfazione) a 100 (totale soddisfazione).

Per lo scoring è stata scelta la versione a 5 criteri in modo da ottenere un profilo articolato del paziente e della sua Qualità della Vita.

I 5 fattori presi in esame sono: 1) *Funzionalità Psicologica*; 2) *Funzionalità Fisica*; 3) *Lavoro*; 4) *Sonno, Alimentazione, Tempo Libero*; 5) *Funzionalità Sociale*.

Si tratta di uno strumento di semplice utilizzo validato in Italia e con norme statistiche solide. La compilazione del questionario non prevede limiti di tempo, solitamente il soggetto impiega 15 minuti.

Symptom Checklist-90-R (Derogatis L., R., 1994)

La Symptom Checklist-90-R è un questionario autosomministrato ampiamente diffuso ed utilizzato sia in ambito clinico che di ricerca.

Lo strumento risulta composto da 90 item e valuta la presenza e l'intensità di diversi sintomi psicopatologici correnti nell'ultima settimana.

La potenzialità di tale strumento risiede nella copertura di un ampio spettro di problemi psicologici e sintomi psicopatologici, in quanto in grado di determinare sia i sintomi "internalizzanti" (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli "esternalizzanti" (aggressività, ostilità, impulsività), in pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici.

Le risposte del soggetto vengono interpretate sulla base di nove dimensioni sintomatologiche primarie elencate di seguito: 1) *Somatizzazione (SOM)*: rimanda il disagio legato alla percezione di disfunzioni corporee, focalizzandosi sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio, oltre a sintomi algici e agli equivalenti somatici dell'ansia; 2) *Ossessività-Compulsività (O-C)*: indagano pensieri, impulsi e/o azioni sperimentati soggettivamente come persistenti, irresistibili di natura egosintonica o indesiderati; 3) *Sensibilità interpersonale (I-S)*: focalizza sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, autosvalutazione, marcato disagio e aspettative negative riguardo alle interazioni interpersonali; 4) *Depressione (DEP)*: questa scala copre le manifestazioni cliniche della depressione e include affetti disforici, ritiro, demotivazione e perdita di energia vitale, disperazione, pensieri suicidari, oltre correlati cognitivi e somatici della depressione; 5) *Ansia (ANX)*: include nervosismo, tensione, attacchi di panico, terrore, apprensione e paura; 6) *Ostilità (HOS)*: riflette pensieri, sentimenti o azioni caratteristici della rabbia di cui coprono tutte le modalità di espressione e

manifestazione quali aggressività, irritabilità e rancore; 7) *Ansia fobica (PHOB)*: si riferisce a una risposta persistente di paura - per una specifica persona, uno specifico luogo, oggetto o situazione - che viene riconosciuta come irrazionale e sproporzionata allo stimolo e conduce a comportamenti di evitamento o fuga; 8) *Ideazione paranoide (PAR)*: espressioni di questa scala sono pensiero proiettivo, sospettosità, grandiosità, autoriferimento, deliri; 9) *Psicoticismo (PSY)*: include item indicativi di uno stile di vita introverso, isolato, schizoide, così come sintomi di primo rango della schizofrenia.

Sono presenti anche sette item addizionali che valutano disturbi dell'appetito e del sonno.

Da tale strumento si ricavano anche tre indici globali come indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico. La funzione di ognuno di questi indici generali è di comunicare, attraverso un unico punteggio, l'intensità o la profondità del disagio psicologico del soggetto.

Essi sono: a) *Global Severity Index (GSI)*: rappresenta l'indice generale dell'intensità o della profondità attuale del disturbo. Utile nel caso in cui venga richiesto un singolo indice riassuntivo; b) *Positive Symptom Total (PST)*: costituisce una misura dello stile di risposta e indica se il rispondente ha accentuato o minimizzato il proprio disagio sintomatologico; c) *Positive Symptom Distress Index (PSDI)*: riflette semplicemente il numero di sintomi riferiti dal soggetto, indipendentemente dall'intensità del disagio ad essi associato. Può essere interpretato come una misura della varietà/ampiezza del quadro sintomatologico.

Ogni item viene attribuito un punteggio su una scala Likert a cinque punti che va da "Per niente" a "Moltissimo". Inoltre, il questionario richiede un tempo di compilazione di circa 15 minuti di tempo.

La valutazione del protocollo si effettua calcolando la media delle risposte agli item appartenenti alla singola scala.

L'SCL-90-R dispone di norme relative alla popolazione italiana che rende più facile e immediato il confronto con i dati ottenuti dalle ricerche internazionali.

Test d'associazione delle parole

Al fine di effettuare un ulteriore studio clinico-qualitativo, è stato introdotto un test di associazione delle parole, ispirato al metodo delle libere associazioni.

Alle donne dello studio sono state suggerite delle parole target, alla quale dovevano associare e riferire la prima cosa veniva loro in mente.

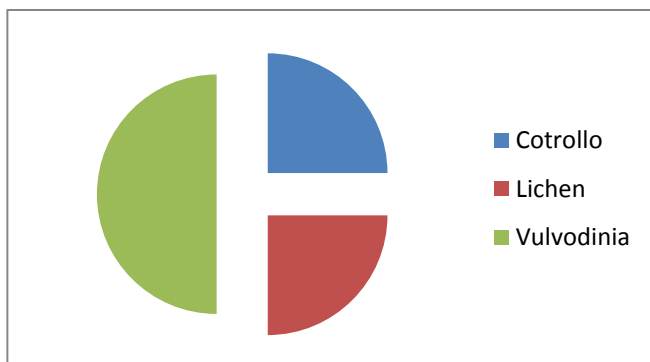
Le parole target selezionate sono state: *sessualità, affetto, amore, corpo, piacere, sesso*.

Infine, è stata loro chiesta l'importanza che la sessualità rivestiva nella loro vita e l'impatto che la Vulvodinia aveva sul rapporto di coppia.

Risultati e spunti clinici della Ricerca

Le partecipanti allo studio sono circa l'85% delle osservazioni totali. Sono state escluse dallo studio coloro le quali erano in possesso di caratteristiche disomogenee rispetto alle caratteristiche del campione di studio (quadro cognitivo compromesso, basso livello socio-educativo, ecc.).

Le donne esaminate sono state suddivise nei due gruppi in base alla patologia riportata.



Caratteristiche del gruppo

Le donne valutate hanno complessivamente un età media di 41 anni (m:41; sd:13,4), (range: 19-58): nello specifico, il gruppo clinico età media 37 anni (sd: 10,5), il gruppo di controllo età media 44 anni, (sd: 14,7).

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche rivela che entrambi i gruppi presentano caratteristiche equivalenti. Infatti, non si evidenzia differenza notevole tra lo stato civile e il titolo di studio posseduto nei due diversi gruppi.

Le tabelle a doppia entrata seguenti mostrano la distribuzione per Stato civile e titolo di studio nei due gruppi esaminati.

STATO CIVILE Gruppo clinico	TITOLO DI STUDIO			Total
	1	2	3	
CONIUGATA	3	7	4	14
SINGLE	0	3	3	6
Total	3	10	7	20

STATO CIVILE Gruppo controllo	TITOLO DI STUDIO			Total
	1	2	3	
CONIUGATA	6	3	6	15
SEPARATA	0	1	0	1
SINGLE	1	3	0	4
Total	7	7	6	20

Il DMI rivela l'uso patologico di meccanismi di rovesciamento (in buona parte anche proiettivi e auto aggressivi) per entrambi i gruppi. La metà (51%) del gruppo di vulvodiniche presenta l'uso patologico (n=76%) esclusivo o combinato di REV/TAS. Il 37% del gruppo di controllo rivela livelli patologici delle suddette scale difensive (n=41%).

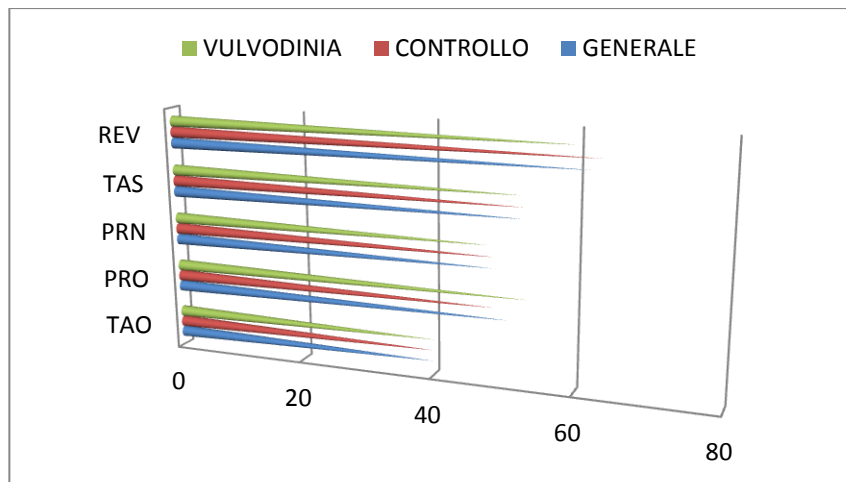


Grafico a barre della dispersione delle medie per i risultati del DMI

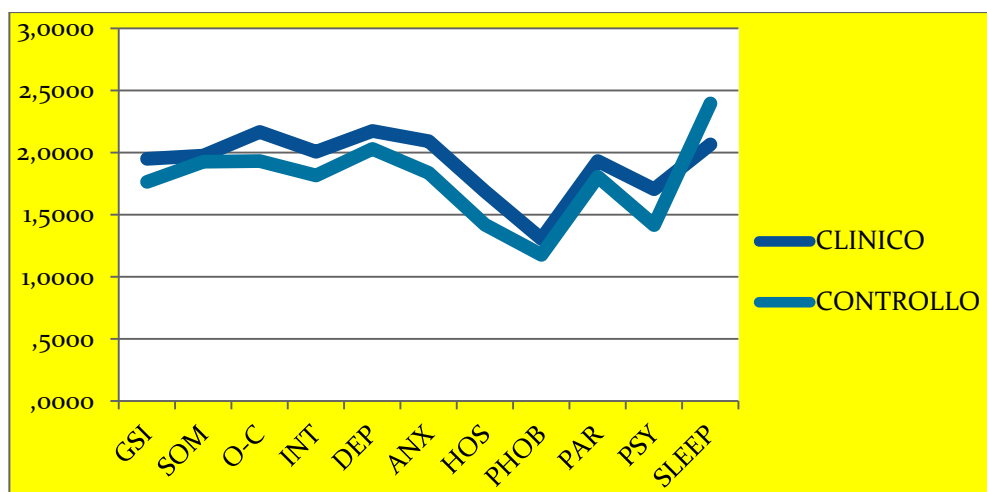
In buona misura, dunque, sembra che il gruppo di vulvodiniche rifletta una maggiore sofferenza patologica, a parità di condizioni psico-fisiche, socio-culturali e relazionali.

Dal profilo prevalente del DMI emerge che punteggi elevati di REV siano totalizzati da soggetti che soffrono di maggiori forme depressive e paranoidee (SCL-90: DEP M 2,1, DS 0,9; PAR M 1,9, DS 0,7), sintomi somatici refrattari a qualsiasi forma di terapia (SCL-90: SOM M 1,9, DS 0,5), elevata sfiducia nell'affrontare problemi di varia natura (SCL-90: ANX M 2, DS 0,8), inefficienza nelle situazioni di stress (SCL-90: HOS M 1,6, DS 0,5).

Tale corrispondenza tra il test DMI e l'SCL-90-R è valutabile tramite indici di associazione/ test significatività.

Il Test chi quadro verifica l'ipotesi nulla che due campioni siano indipendenti e derivino dalla stessa popolazione (di cui non è richiesto conoscere la distribuzione).

L'SCL-90-R infatti, mostra come il gruppo clinico risulta mediamente più patologico rispetto al gruppo non clinico.

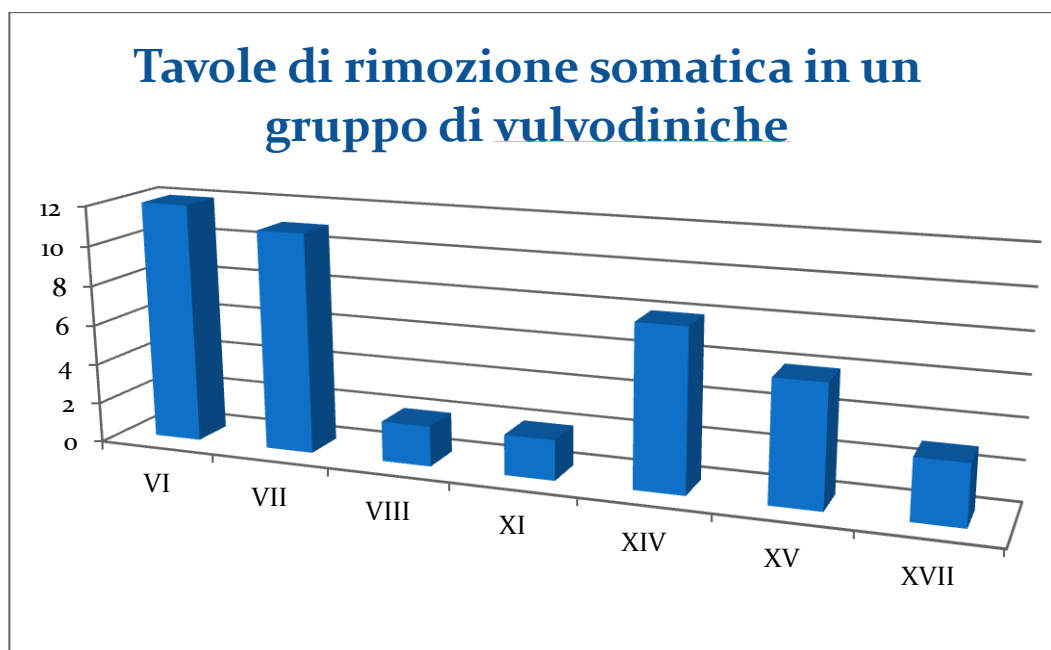


Dispersione delle medie dei due gruppi

Il modello di regressione lineare indica che all'aumento patologico della scala I-S (sensibilità interpersonale), aumenterà il fattore depressivo ($R= 0,81$).

Lo studio, approfondito anche da uno strumento semi-proiettivo, ha mostrato risultati interessanti da un punto di vista clinico.

Le SIS riportano maggior misconoscimento delle tavole a contenuto sessuale. Dal grafico si evince la frequenza di rimozione per le tavole VI, VII, XIV nel gruppo clinico, mentre il gruppo di controllo presenta una minore tendenza alla *rimozione somatica*.



Tavole di rimozione somatica in un gruppo di donne affette da Vulvodinia

Nel grafico che segue si evincono invece le qualità difensive delle pazienti alle tavole delle SIS nei due gruppi studiati.

RS	0	1	2	3	4	5	Tot
clinico	3	4	4	3	4	2	20
controllo	2	8	5	3	2	0	20
Tot	5	12	9	6	6	2	40

Distribuzione della presenza/assenza di rimozioni somatiche alle tavole SIS

Infine, gli ultimi due strumenti utilizzati mostrano il senso di benessere percepito – il Sat-p - e la qualità della sfera sentimentale e sessuale – Test di associazione delle parole - .

Quest’ultimo ha mostrato delle differenze peculiari tra il gruppo sperimentale e quello di controllo.

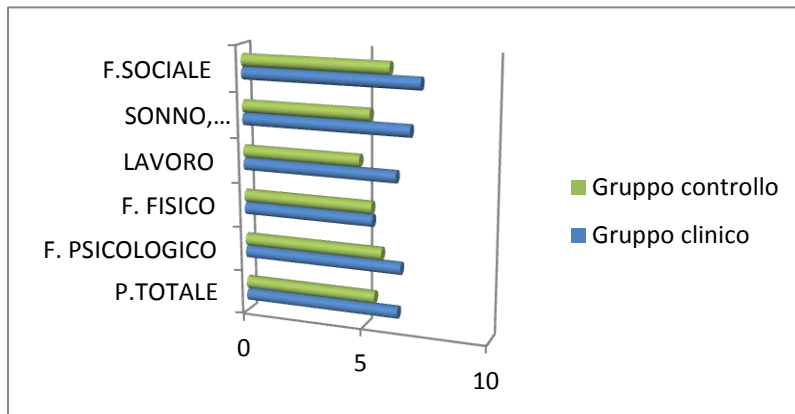
Associa tives abjecti ves	<i>Rapporti sessuali</i>	<i>Sessualità</i>	<i>Affetto</i>	<i>Amore</i>	<i>Corpo</i>	<i>Piacere</i>	<i>Sesso</i>
clinico	Importante	Amore, gioia	Amore, famiglia	Famiglia	Bellezza , grazia femminile	Desiderio , felicità, sesso	Bellezza, paura
Contro llo	Molto importante	Amore	Amore	Complicità di coppia	Armonia	Sesso	Piacere, amore

Test di associazione di parole

Infatti, mentre nel gruppo clinico la sessualità che suscita paura, è posta ad un livello molto elevato, quasi idealizzato e tramutato in bellezza statuaria, ma subordinata al mantenimento di un equilibrio familiare, nel gruppo di controllo la sessualità è maggiormente svincolata dai meri “obblighi coniugali” e vissuta serenamente e con piacere.

Tali dati corroborano con quelli emersi al Sat-p dal quale si evidenzia una netta differenza nei domini nei quali i due gruppi si collocano.

Infatti, le donne vulvodiniche riportano livelli di soddisfazione del senso di benessere percepito più bassi prevalentemente all’interno del dominio funzionalità fisica, mentre le donne del gruppo di controllo riportano un distress peculiare nel dominio lavoro.



Complessivamente, il senso di benessere globale è sufficiente in entrambi i gruppi, lievemente maggiore nel gruppo clinico.

III Note sulla realtà psicoaffettiva delle donne con Vulvodinia e risultati qualitativi

Lo studio qualitativo dei dati emersi ha fornito l'opportunità di inferire alcune peculiarità specifiche su quanto vissuto, sperimentato ed agito da queste donne. Attraverso l'applicazione del Defense Mechanisms Inventory è stato possibile rilevare il profilo psicologico delle donne studiate, attraverso i meccanismi di difesa e la percezione dell'immagine corporea.

Il cluster prevalente al DMI delle donne del gruppo clinico è il REV, ossia il rovesciamento, che comprende meccanismi difensivi come repressione, rimozione, formazione reattiva, negazione, diniego e tutte quelle strategie atte a minimizzare o addirittura denegare il problema, la minaccia o il conflitto.

Tale cluster prevede profili psicologici di soggetti che si presentano apparentemente senza difficoltà, ma la natura delle loro sofferenze è più nascosta e profonda.

Le donne del gruppo clinico sottendono infatti, forme depressive e paranoidee, violenze fisiche oltre che psicologiche, interventi chirurgici e sintomi somatici refrattari a qualsiasi forma di terapia risultando, agli occhi dei più, inefficienti nelle situazioni di stress e smarrite nelle emergenze.

L'indagine effettuata, rispetto alle interviste cliniche, ha mostrato come queste donne abbiano una lunghissima carriera ospedaliera, interventi chirurgici, traumi di natura lesiva e, in alcuni casi, anche conseguenti a molestie o violenze conclamate.

Quello che più stupisce però, è che tali donne si presentano al colloquio psicologico e alla valutazione testologica, come scevre di qualsiasi problema o disagio, tranne che per il dolore o disturbo prettamente fisico.

Soltanto a seguito di una valutazione approfondita emergono sofferenze di natura emotivo-affettiva e/o psicologica nonostante, si evidenzia altresì la loro difficoltà a comprendere i movimenti, le situazioni e i sentimenti che li sottendono.

I rapporti interpersonali risultano superficiali e scarsamente appaganti. Si palesa in loro, in modo per altro evidente la scarsa fiducia e il senso di tradimento provato nei confronti dei familiari a loro vicini: risultano evidenti la conflittualità e lo scontento, oltre la diffidenza con i superiori.

Peculiare, risulta l'atteggiamento di sfiducia e sospettosità che si rivolge nei confronti di autorità di tipo medico-ospedaliero, in particolar modo nei confronti dei medici che accolgono la loro richiesta di cura.

Particolare lo sfogo rabbioso di una paziente "Invece di curarmi il dolore, la vulvologa mi ha consigliato di rivolgermi ad uno psicologo!"

Assertive in misura insufficiente, non assumono mai il rischio delle proprie azioni, evitando qualunque forma di confronto; con atteggiamento improntato all'accomodamento evitano i problemi che compaiono sulla loro strada, minimizzando l'importanza e le differenze di opinione con gli altri.

L'accomodamento è il loro modo di controllare le autorità nei cui confronti, sovente nutrono sentimenti e idee di persecuzione.

Il senso di responsabilità non assunto nei confronti della risoluzione di problemi comuni, così, come nei confronti della cura, viene continuamente mistificato e delegato al personale medico del quale, comunque, non si fidano mai completamente.

Lo stesso vale per i trattamenti psicologici proposti, nei cui confronti mostrano rifiuto, scarsissima alleanza di lavoro e abbandoni molto frequenti nel caso in cui il trattamento venga accettato. È assolutamente esplicita la coazione alla denuncia, mentre resta loro incomprensibile la causa relazionale che provoca il disturbo somatico, cioè l'incapacità di esperire un legame tradizionalmente inteso, che sia intrapsichico o interpersonale: il dolore resta muto.

Questo è quanto emerge a livello clinico anche nel rapporto con lo psicologo di riferimento durante la valutazione diagnostica: accettano il colloquio per partecipare alla ricerca della buona causa che le riguarda, di certo non perché credono che ci sia alcunché di psicologico nella patologia di cui risultano affette.

Tale atteggiamento è riferibile di gran lunga al modo che queste donne hanno di rivolgersi al proprio mondo interiore e alle vicissitudini personali, oltre alla modalità di risoluzione dei conflitti di base, di cui rifiutano l'opportunità di "dialogo".

La percezione dell'immagine corporea ha rilevato altrettante caratteristiche peculiari.

Le donne affette da Vulvodinia mostrano degli indici di RS (rimozione somatica), alle tavole SIS (Cassell W. A., 1989) più elevati rispetto alle donne del gruppo di controllo.

Questo risultato confermerebbe le ipotesi di Byrne secondo cui, l'esposizione a stimoli ansiogeni o minacciosi porterebbe ad una repressione del contenuto emotigeno ritenuto pericoloso o, un'umentata sensibilità allo stesso.

Altra caratteristica distintiva, le donne con Vulvodinia hanno mostrato indici di Anatomia patologica (PAS) alle SIS più elevati rispetto al gruppo di controllo;

vale a dire che le donne del gruppo clinico mostrano con maggiore intensità preoccupazione per il “deterioramento” di alcune parti del corpo.

Le dimensioni Ansia e minaccia e Depressione (ATR e D) mostrano risultati analoghi: la parte più femminile della donna, e il corpo in senso lato, non sono vissuti in maniera sicura e come fonte d’identificazione da parte delle donne Vulvodiniche.

Questi dati corroborano con quanto evidenziato dall’eziopatogenesi (Micheletti, 2006).

La Rimozione Somatica in tal senso, è costituita “*da un legame simbolico o un’associazione con un affetto disturbato con una determinata regione del corpo*” (Cassel W. A., 1980).

Questo meccanismo di difesa è il più importante delle difese di ordine superiore e riguarda l’allontanamento orizzontale degli effetti pulsionali dell’esperienza traumatica o più generalmente inaccettabile dalla sfera della coscienza. Essa consiste nell’inconsapevole cancellazione di un ricordo, di un’esperienza vissuta come angosciante o traumatica; come ad esempio, uno spavento improvviso o acuto che il soggetto è incapace di controllare o tale da produrre un danno, anche fisico, irreparabile.

“La sua essenza consiste semplicemente nell’espellere, nel tener lontano qualcosa dalla coscienza” (S. Freud, 1915).

Questo meccanismo di difesa si acquisisce in un momento arcaico della vita in cui il bambino non riesce a fronteggiare impulsi disturbanti o abbia acquisito un senso di totalità e continuità del Sé.

L’associazione affettiva con la parte corporea in questione può essere primaria o secondaria. E’ primaria qualora l’ansia o l’angoscia somatica provengono direttamente dalla specifica area interessata che desta problemi al soggetto.

E' secondaria, quando l'ansia viene spostata da un sito primario verso un altro distretto corporeo simbolicamente collegato.

Tali processi di associazione affettiva possono essere in parte o completamente inconsci, ma entrambi concorrono alla rimozione somatica nell'engramma corporeo simile ai processi di rimozione che operano in tutto il funzionamento psichico.

Nel caso specifico il legame simbolico tra vulva, sessualità e femminilità passa attraverso proiezioni lugubri di "grotte di cui non si vede il fondo", elementi diabolici, "foglie morte", insetti disgustosi ecc..

Il meccanismo della Rimozione Somatica getta luce non solo sul disturbo in sé, ma anche sulla capacità di Simbolizzazione che sembra fortemente ostacolata nelle donne oggetto di questo studio.

In tali condizioni tutto è spostato sul corpo, non può esserci conflitto; è come se, il malessere del quale soffrono queste donne, non potendo essere simbolizzato venisse spostato sul corporeo.

La "patologia" sembrerebbe dunque innestarsi nell'incapacità a simbolizzare il dolore provato sul piano corporeo, facendole probabilmente allontanare dal piano intellettuale meno visibile ma più elevato: quello astratto.

Questo passaggio però, non è che l'esito di un processo fondamentale inconscio il cui risultato apparente - il dolore- non è in realtà che la causa.

Il dolore psichico dapprima esperito dalla mente -incapace però di tollerarlo- viene espulso e dirottato sul corpo, trasformandosi in mero dolore somatico.

Parafrasando i dati ottenuti al Sat-p, potremmo concludere che la soddisfazione percepita su un piano generale falsifica il benessere psicologico e sociale a scapito di quello fisico, che risulta come un piccolo negativo sul benessere del gruppo clinico. In questo modo la sessualità viene svalutata sul piano affettivo.

Ne è prova il *corpo desiderato* e la *sessualità paventata*² dalle vulvodiniche: associate alla sfera intima sono più caratteristiche arcaiche ed inconscie che realistiche potenzialità compenetrative mature.

Con una sessualità vissuta in maniera “adolescenziale”, laddove la prima soddisfazione dell’intimità femminile è la maternità, l’allontanamento della prole maschile viene vissuta come un abbandono, in un campo affettivo in cui il maschile trova difficoltà di integrazione.

Di fatto le storie di violenza e abbandono confermano la soggezione di queste donne nei confronti delle relazioni amorose.

Il Sat-p mostra la differenza tra i due gruppi: le donne afferenti al gruppo clinico, hanno un maggiore disturbo della funzionalità fisica, mentre il gruppo di controllo ha un deflesso funzionamento sociale.

Da notare che gli item che indagano la sessualità nel Sat-p sono contenuti proprio all’interno del dominio funzionalità fisica, a sottolineare quindi come queste donne mostrino delle notevoli difficoltà di ordine fisico, relazionale e sessuale che ricade sul benessere globale. Potremmo riassumere dicendo che il malessere vissuto dalle donne affette da vulvodinia viene “agito” con meccanismi internalizzanti, attraverso dinamiche di cui non sono consapevoli, mentre le donne del gruppo di controllo mostrano difficoltà che hanno a che vedere più con il funzionamento lavorativo che cadenza appunto l’immagine sociale della donna.

Il tutto trova una spiegazione nel test di associazione delle parole, nel quale è

² Test di associazione di parole: le parole target “corpo” e “sesso” hanno elicitato con maggiore frequenza sentimenti rispettivamente di desiderio e paura.

evidente la netta differenza tra la sessualità desiderata ma resa impraticabile dalla malattia nelle donne vulvodiniche e la sessualità delle donne del gruppo di controllo che risulta vissuta in modo più complesso.

Ci si può chiedere come mai venga utilizzato il corpo come manifestazione del disagio e perché venga prescelto proprio l'organo genitale femminile come luogo di un disagio sicuramente più esteso di quello semplicemente riferibile alla vulva.

Tale scelta inconscia si configura come opzione diabolica autodistruttiva che azzerava il nucleo esistenziale del Sé, la sessualità e le relazioni sociali, ma a favore di quale vantaggio secondario?

La risposta a tale quesito rimane segreto e inconfessato nella profondità storica di queste donne.

Risulta evidente come i risultati si confermino a vicenda, validando le ipotesi iniziali.

Alla luce di quanto detto, la Vulvodinia si configura come una paralisi della femminilità, laddove risultano impediti i processi simbolici che supportano l'armonia dell'habitus psico-esistenziale.

Conclusioni

I diversi livelli di autonomia raggiunti progressivamente dalla donna nell'ultimo mezzo secolo, hanno accresciuto sensibilmente le sue capacità di autodeterminazione, emancipazione e libertà rispetto ai ruoli classicamente ricoperti nella storia.

Il lavoro di ricerca affrontato nel presente studio rivela le caratteristiche, le implicazioni socio-psico-sessuologiche e i diversi fattori interconnessi che inficiano la percezione dell'immagine corporea, il vissuto femminile e in definitiva, il benessere psicofisico globale delle donne che ne sono affette.

Dunque, fine ultimo di questo lavoro è quello di divulgare la conoscenza di questa patologia, sganciando la donna dalla malattia di cui è affetta, e soprattutto quello di donare senso e rilievo alla donna nella sua unicità, nei suoi bisogni identitari di riconoscimento e non nella banalizzazione, svalutazione e minimalizzazione del dolore e della sofferenza psichica, dell'anonimato e trasparenza del proprio dolore, da parte degli affetti.

Bibliografia

- A. Graziottin, F. Murina “Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura”, Springer Verlag Italia, Milano, 2011.
- Adamson J., D., Greengrass R., Martin R., M. Cassel’s anatomical pictures: Responses by groups of hospital inpatients. *British Journal of Projective Psychology and Personality Study*. 1977, 22, 2, 27-35.
- Andersen B. L., Cyranowski J. M. Women’s sexuality: behaviors, responses and individual differences. *J Consul Clin Psychol*. 1995, 63 (6): 891-906.
- Arnold L. D., Bachmann G. A., Kelly S., Rosen R., Rhoads G., G. Vulvodinia: characteristics and associations with co-morbidities and quality of life. *Obstet Gynecol*. 2006, 107(3): 617-624.
- Arnold L. D., Bachmann G. A., Rosen R., Kelly S., Rhoads G.G. Vulvodinia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol*. 2006; 107:617–24.
- Arnold L., D., Bachmann G. A., Rosen R., Rhoads G. G. Assessment of vulvodinia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196:128 e1–6.
- B. Bettelheim, “Les blessures symboliques”, Gallimard, 1971.
- Bachmann G. A., Rosen R., Arnold L. D., Burd I., Rhoads G., G., Leiblum S. R., Avis N. Chronic vulvar and gynecology pain: prevalence and characteristics in a self-report survey. *J Reprod Med*. 2006; 51 (1): 3-9.
- Byrne D. Repression-sensitization as a dimension of personality. *Progress in Experimental Personality Research*. 1964, 72, 169-220.

- Cantin-Drouin M., Damant D., Turcotte D. Une recension des écrits concernant la réalité psychoaffective des femmes ayant une vulvodynie: Difficultés rencontrées et stratégies développées. *Pain Res Manage* 2008, 13(3):255-263.
- Carrico D. J., Sherer K. L., Peters K. M. The relationship of interstitial cystitis/painful bladder syndrome to vulvodynia. *Urol Nurs.* 2009; 29:233–8.
- Cassel W. A. *Body symbolism*. Organizzazioni Speciali (OS) Firenze, 1989.
- Cassell W. A. Body awareness and somatic delusion involving sexual organs. *American Journal Psychoanalysis*, on press, 1980.
- Cassell W. A. Body consciousness in exhibitionism. *British Journal of Projective Technique*. 1971, 16, 21-31.
- Cassell W. A. Individual differences in somatic perception. *Advances in Psychosomatic Medicine*. 1972, 8, 86-104.
- Cassell W. A. Responses to inkblot configurations resembling the heart. *Journal of Projective Technique and Personality Assessment*. 1969, 33, 123-126.
- Cassell W. A. *The effects of exercise on body perception*. Unpublished manuscript, 1977.
- Clare C. A, Yeh J.. Vulvodynia in Adolescence: Childhood Vulvar Pain Syndromes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 24 (2011) 110-115.
- Coyne J. C., Gotlib I. H. The role of cognition in depression: a critical appraisal. *Psychological Bulletin*. 1983, 94, 472-505.

- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. e Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1),13-27.
- Desrochers et al..."Fear avoidance " *Clin J. Pain*, 2009.
- Dionisi B., Murina F., Puliatti M. *Vulvodinia: linee guida d'indirizzo*. CIC, Roma. 2010 in stampa.
- Freud S. "Il perturbante". *L'Io e l'Es e altri scritti*, 1917- 1923, in Opere vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. *Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti*, 1924- 1929, in Opere vol. X, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. *La sessualità nell'eziologia delle nevrosi*, in Opere Vol. II, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gaburri E. (a cura di) *Emozione e interpretazione*. 1997, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gardella B., Porru D., Nappi R. E., Dacco M. D., Chiesa A., Spinillo A. Interstitial cystitis is associated with vulvodinia and sexual dysfunction-a case-control study. *J Sex Med*. 2011; 8:1726–34.
- Goetsch M., F. Vulval vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynaecologic private. *Am J Obstet Gynaecol*. 1991;164: 1606–11.
- Harlow B., L., Stewart E., G. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia? *JAMWA*. 2003: 58:82-8.

- Ihilevich D., Gleser G. C. *Defense Mechanism Inventory*. Organizzazioni Speciali (OS), Firenze, 1992.
- Kaler A. Unreal women: Sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Ferm Rev.* 2006. 82: 50-75.
- Katz S., R. *The experience of chronic vulvar pain: Psychosocial dimensions and the sense of self*. California: The Fielding Institute. 1995: 130-85.
- Khandker M., Brady S. S., Vitonis A. F., MacLehose R. F., Stewart E. G., Harlow B. L. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodinia. *Journal of women's health*, 2011, volume 20, number 10.
- Kielholz P. *Depression in everyday practice*. Vienna, Hans Huber, 1974.
- Levine M., Spivack G. *The Rorschach Index of Repressive Style*. Springfield, Ill.: C. C. Thomas, 1964.
- Lynch P. J. L., Moyal-Barracco M., Scurry J., Stockdale C. 2011 ISSVD Terminology and classification of vulvar dermatological disorders: an approach to clinical diagnosis. *J Low Genit Tract Dis.* 2012 Oct;16(4):339-44.
- Micheletti L. *Vulvologia. Approccio multidisciplinare ai disturbi vulvari*. Poletto editore, 2006.
- Moyal-Barracco M., Lynch P. J. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med.* 2004 Oct; 49(10): 772-7.

- Munday P., Green J., Randall C., Fox D., Singh M., Ismailjee F., Perreira E. Vulval vestibulitis: a common cause of dyspareunia? *BJOG*. 2005; 112 (4): 500-3.
- Murina F., Radice G. *Electrodiagnostic Functional Sensory Evaluation of the Patients with Generalized Vulvodynia: a Pilot Study*. Congresso Mondiale ISSVD di Edimburgo-Settembre/2009.
- Nidasio S., Puliatti M. *Mutuo aiuto al femminile. Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXIX. 2009; 3:14-16.
- Ogden J. A., Sturmer G., V. Emotional strategies and their relationship to complaints of psychosomatic and neurotic symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 1984, 40, 772-779.
- Petersen C. D., Lundvall L., Kristensen E., et al. Vulvodynia. Definition, diagnosis and treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:893
- Plante A. F., Kamm M. A. Life events in patients with vulvodynia. *Int J of Obstetrics and Gynaecology*. 2008, 115: 509-514.
- Ponte M., Klemperer K., Sahay A., Chren M. M. Effects of vulvodinia on quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:70-6.
- Puliatti M. *L'EMDR nel trattamento dei disturbi uro-ginecologici. Medicina Psicosomatica*. 2010 in stampa.
- Puliatti M. *Psicosomatica del dolore femminile pelvico cronico*. SEU, Roma, 2010.
- Reed B. D., Harlow S. D., Sen A., Edwards M. R., Chen D., Haefner H. K. Relationship between vulvodinya and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol* 2012, 120 (1): 145-151.

- Reed B. D., Harlow S. D., Sen A., Legocki L. J., Edwards M. R., Arato N., Haefner H. K. Prevalence and demographic characteristics of vulvodinia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol.* 2012, 206 (2): 170.
- Reed B., D., Haefner H., K., Punch M., R., Roth R., S., Gorenflo D., W., Gillespie B., W. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodinia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. *J Reprod Med.* 2000; 45:624-32.
- Sideri M., Murina F., Bianca V., Radici G. The role of vulvoscopy in the evaluation of dyspareunia. In Goldstein A.T. Pukall F. Goldstein I. *Female sexual pain disorders. Evaluation and management.* Wiley-Blackwell, 2009: 32-42
- Skene A. J. C. *Treatise on the diseases of women.* New York: Appellon and Company; 1889.
- Wu E. Q., Birnbaum H., Mareva M., Parece A., Huang Z., Mallett D. et al. Interstitial cystitis: cost, treatment and co-morbidities in an employed population. *Pharmacoeconomics.* 2006. 24:55–65.
- Wyle K., Hallam-Jones R., Harrington C. Psychological difficulties within a group of patients with vulvodinia. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2004; 25: 257-265.
- Zolnoun D. H., Park E. M., Moore C.G., Liebert C. A., Tu F. F., As-Sanie S. Somatization and psychological distress among women with vulvar vestibulitis syndrome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008: 103 (1): 38-43.

