



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale (DPG) e Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica**

**Tesi di Laurea Magistrale**

***Dolore e funzionamento sessuale:  
influenza della catastrofizzazione e delle risposte percepite del  
partner nelle donne con dolore genito-pelvico***

***Pain and sexual functioning: influence of catastrophizing and perceived partner  
responses in women with genito-pelvic pain***

***Relatore***

Prof. Jeffrey Wade Kiesner

***Correlatrice***

Dott.ssa Celeste Bittoni

**Laureanda:** Lia Minerva

**Matricola:** 2052189

**Anno Accademico 2022/2023**



## ABSTRACT

**Introduzione.** Il dolore genito-pelvico è molto comune nella popolazione femminile e implica frequentemente un impatto significativo sulla qualità della vita, sulla salute mentale e sul funzionamento sessuale delle donne che ne soffrono. La vulvodinia, in particolare, rappresenta un disturbo complesso, causato, mantenuto ed esacerbato da fattori biologici, psicologici, sessuali e relazionali. Nonostante l'elevata prevalenza e il costo sanitario e sociale che comporta, la gran parte delle ricerche in letteratura ha trascurato lo studio dei fattori psicologici e sociali nell'esperienza del dolore vulvo-vaginale. Questi ultimi hanno invece mostrato la loro importanza in molte e diverse sindromi associate a dolore cronico, sottolineando pertanto la necessità di un loro approfondimento anche in tale contesto.

**Obiettivo.** Il presente elaborato ha l'obiettivo di indagare il ruolo della catastrofizzazione sui livelli di severità del dolore e sul funzionamento sessuale delle donne che soffrono di dolore genito-pelvico. In particolare, il costrutto di catastrofizzazione è stato esplorato relativamente all'ansia e alla depressione, all'intensità del dolore percepito, a diversi indici di funzionalità sessuale femminile e alle risposte percepite del partner al dolore. L'ipotesi da noi sostenuta è che la catastrofizzazione contribuisca a un peggioramento significativo del dolore e del funzionamento sessuale femminile, unita al significativo ruolo del partner in tale contesto.

**Metodi.** I dati presentati sono parte di uno studio più ampio sulla sessualità e la salute sessuale femminile. Un campione di 415 donne con dolore genito-pelvico è stato incluso a seguito della somministrazione online di due questionari self-report. I dati sono stati analizzati mediante un Modello di Equazioni Strutturali (SEM).

**Risultati.** I nostri risultati hanno mostrato un'associazione significativa tra ansia e depressione e catastrofizzazione del dolore. Coerentemente con le nostre ipotesi, un'associazione significativa è stata anche trovata tra catastrofizzazione e dolore genitale. D'altra parte, non è stato riscontrato un effetto significativo della catastrofizzazione su alcun dominio del funzionamento sessuale. Tuttavia, i nostri dati hanno supportato la presenza di un effetto indiretto, evidenziando il ruolo mediatore del dolore e delle reazioni negative del partner nella relazione tra catastrofizzazione e funzionamento sessuale.

**Conclusioni.** La nostra ricerca ha fornito un'importante base di conoscenza sul tema della catastrofizzazione nelle donne che soffrono di dolore genito-pelvico cronico, gettando luce sugli effetti – diretti e indiretti – che tali cognizioni hanno sull'esperienza del dolore e sul funzionamento sessuale femminile. Ciò sottolinea l'utilità di implementare appositi percorsi di cura di tipo psicologico e sessuologico per accompagnare le donne e i loro partner in una gestione più efficace della malattia.

# INDICE

INTRODUZIONE.....	7
<b>CAPITOLO 1. LA VULVODINIA .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Il dolore genito-pelvico femminile: la vulvodinia .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Vulvodinia, vaginismo e dispareunia: tre diagnosi differenti .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Storia della vulvodinia: dalle prime descrizioni alla classificazione attuale.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 Epidemiologia .....</b>	<b>19</b>
<b>1.5 Le cause: verso un modello biopsicosociale della vulvodinia.....</b>	<b>22</b>
<i>1.5.1 Fattori biologici.....</i>	<i>25</i>
<i>1.5.2 Fattori psicologici.....</i>	<i>27</i>
<i>1.5.3 Fattori sessuali.....</i>	<i>29</i>
<i>1.5.4 Fattori sociali.....</i>	<i>30</i>
<b>1.6 Diagnosi.....</b>	<b>32</b>
<b>1.7 Una lettura psicologica della vulvodinia: le cognizioni legate al dolore .....</b>	<b>35</b>
<b>CAPITOLO 2. LA CATASTROFIZZAZIONE DEL DOLORE .....</b>	<b>40</b>
<b>2.1 Il pensiero catastrofico.....</b>	<b>40</b>
<b>2.2 Il ruolo della catastrofizzazione nell'esperienza del dolore .....</b>	<b>41</b>
<b>2.3 Modelli teorici.....</b>	<b>43</b>
<i>2.3.1 Modello dell'appraisal.....</i>	<i>43</i>
<i>2.3.2 Modello dell'attenzione.....</i>	<i>44</i>
<i>2.3.3 Modello paura-evitamento.....</i>	<i>44</i>
<i>2.3.4 Communal coping model.....</i>	<i>45</i>
<b>2.4 La catastrofizzazione del dolore nella vulvodinia.....</b>	<b>46</b>
<b>2.5 Catastrofizzazione e funzionamento sessuale .....</b>	<b>48</b>
<b>2.6 Il ruolo del partner .....</b>	<b>50</b>
<b>2.7 Presentazione della domanda di ricerca e ipotesi.....</b>	<b>53</b>
<b>CAPITOLO 3. METODI.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Procedura.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2 Partecipanti.....</b>	<b>60</b>
<b>3.3 Misure.....</b>	<b>62</b>
<b>CAPITOLO 4. RISULTATI.....</b>	<b>68</b>

<b>4.1 Analisi dei dati</b> .....	68
<b>4.2 Factor loadings</b> .....	68
<b>4.3 Risultati</b> .....	70
<b>CAPITOLO 5. DISCUSSIONE</b> .....	75
<b>5.1 Ansia, depressione e catastrofizzazione</b> .....	75
<b>5.2 Catastrofizzazione e dolore genito-pelvico</b> .....	77
<b>5.3 Catastrofizzazione e funzionamento sessuale</b> .....	80
<b>5.4 Limiti e sviluppi futuri</b> .....	86
<b>RIFLESSIONI CONCLUSIVE</b> .....	90
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	93

## INTRODUZIONE

Una delle più complesse sfide di carattere sanitario, sociale ed economico con le quali si confronta la medicina moderna è rappresentata dalle malattie croniche, termine con il quale si fa riferimento a quelle condizioni patologiche che sono spesso prive di una cura definitiva e richiedono un'assistenza impegnativa e prolungata. Le patologie croniche influenzano diversi aspetti della vita di una persona, alterando non solo la sua salute fisica, ma determinando anche importanti cambiamenti che modificano il suo modo di vedersi e relazionarsi e che possono ridurre significativamente la sua qualità di vita. Quando sono associate a dolore intenso e persistente, la gestione dei sintomi e delle conseguenze sulla vita quotidiana diventa ancora più complessa. Soffrire di dolore genitale o pelvico è un esempio di condizione patologica cronica diffusa nella popolazione femminile, che comporta una netta riduzione del benessere psico-fisico della donna e un'alterazione peggiorativa della sfera intima e sessuale di coppia.

Esistono diverse sindromi associate a dolore genito-pelvico cronico, che sono caratterizzate non solo dalla vasta gamma di sintomi e conseguenze che hanno in comune, ma anche dall'essere scarsamente conosciute e diagnosticate dalla medicina attuale. La vulvodinia, sulla quale si concentrerà il primo capitolo del presente elaborato, rappresenta proprio un esempio di patologia cronica dolorosa dell'area genitale femminile ancora non ufficialmente riconosciuta dal Sistema Sanitario Nazionale. Nonostante la trascuratezza e lo scarso riconoscimento da parte degli specialisti, si tratta di un disturbo diffuso, che colpisce tra il 7% e il 15% delle donne nel corso della loro vita (Goldstein et al., 2021; Graziottin et al., 2020; Reed et al., 2012). La vulvodinia non è clinicamente attribuibile ad alcuna causa specifica e la sua eziologia è pertanto complessa, dal momento che una

moltitudine di fattori biologici, psicologici, relazionali e sessuali contribuiscono alla sua insorgenza, al suo mantenimento o alla sua esacerbazione (Bergeron et al., 2020).

Un aspetto che accomuna tra loro le malattie associate a dolore cronico è l'impatto significativo che esse hanno sulla salute mentale e il benessere emotivo dei pazienti che ne sono affetti. Il dolore genitale cronico può influenzare in modo consistente la vita quotidiana delle donne che ne soffrono, limitando significativamente le loro prospettive lavorative e la loro possibilità di partecipare ad attività quotidiane e sociali. Si tratta inoltre di un dolore che scuote profondamente anche la dimensione relazionale, condizionando negativamente l'intimità di coppia e la capacità di godere di una sessualità positiva e appagante. Per tali ragioni, da condizioni come la vulvodinia o altre sindromi associate a dolore genitale cronico può derivare un forte malessere psicologico, con insorgenza o esacerbazione di stati ansiosi e depressivi, frustrazione, solitudine e isolamento e senso di impotenza nei confronti del dolore.

I fattori psicologici e relazionali associati al dolore genitale femminile sono dunque ciò sui cui tale elaborato si focalizzerà principalmente. In particolare, sarà oggetto di analisi e discussione il costrutto di catastrofizzazione del dolore, che delinea un meccanismo cognitivo e affettivo negativo caratterizzato dal rimuginio sul dolore, dalla sopravvalutazione dei suoi effetti negativi e dal senso di inaiutabilità e impotenza nell'affrontarlo (Sullivan et al., 2000). Dalla letteratura, emerge che la presenza di queste cognizioni è molto diffusa in chi soffre di dolore cronico, ivi compresi disturbi come la vulvodinia o altre patologie caratterizzate da dolore pelvico o genitale. Non si tratta tuttavia di un atteggiamento trascurabile o fine a se stesso, poiché la gran parte degli studi sul tema ha dimostrato che la catastrofizzazione peggiora significativamente l'intensità



del dolore sperimentato, portando a una minore percezione di controllo su di esso, un più scarso adattamento e una maggiore disabilità.

Le ricerche condotte nell'ambito del dolore genitale e sessuale femminile hanno inoltre evidenziato che la catastrofizzazione influenza ed è influenzata a sua volta dalla relazione col partner e dal suo modo di rispondere al dolore. Pertanto, anche un approfondimento di tale aspetto verrà portato avanti nel presente elaborato, allo scopo di fornire una panoramica ampia e accurata circa le dinamiche alla base di tale disfunzionale atteggiamento cognitivo e la sua influenza sull'esperienza di malattia e sulla vita sessuale e relazionale delle donne che ne soffrono.

Il primo capitolo andrà dunque a inquadrare le caratteristiche generali della vulvodinia, soffermandosi sugli aspetti epidemiologici, l'eziologia, il processo diagnostico e le sue ripercussioni sul benessere psicologico e la sfera sessuale. Il secondo capitolo si focalizzerà sulla catastrofizzazione del dolore, esponendo i modelli teorici esistenti e il suo background teorico, per poi fornire una panoramica degli studi in letteratura che hanno approfondito l'importanza di questo costrutto nel dolore genito-pelvico femminile. Nel terzo capitolo verrà illustrata la metodologia della ricerca in questione, i cui risultati saranno invece oggetto del quarto capitolo. Infine, nel quinto e ultimo capitolo, seguirà la discussione e interpretazione dei risultati ottenuti, l'individuazione dei limiti e delle possibili direzioni future di ricerca.

# CAPITOLO 1. LA VULVODINIA

## 1.1 Il dolore genito-pelvico femminile: la vulvodinia

Soffrire di dolore cronico genitale è molto comune nella popolazione femminile e ciò può verificarsi nella forma di svariati disturbi che coinvolgono la vulva, la vagina, la cervice, l'utero, gli annessi, la muscolatura del pavimento pelvico e tutto il sistema di innervazione di queste strutture (Goldstein et al., 2021). Generalmente, a tali condizioni cliniche ci si riferisce con il nome di “dolore genito-pelvico”, un termine ombrello che comprende molteplici disturbi. Più specificamente, il dolore pelvico cronico è definito come dolore localizzato nella pelvi, ovvero nella parte inferiore dell'addome, della durata tipicamente superiore ai tre mesi (Goldstein et al., 2021). Il dolore genitale interessa invece l'apparato genitale esterno, interno o entrambi e può manifestarsi in diverse e multifattoriali condizioni cliniche (Dewitte et al., 2018). Le due forme di dolore sono strettamente legate, tanto da essere spesso riferite come un'entità unica, poiché quello che molte donne riferiscono come un dolore associato all'area vulvo-vaginale potrebbe in realtà avere origine dalla vescica, dall'intestino o da un'altra struttura pelvica. Le sindromi associate a dolore genito-pelvico femminile mostrano un'importante diffusione nella popolazione, ma nonostante la loro incidenza e i progressi significativi raggiunti in campo medico, queste condizioni sono ancora scarsamente conosciute, e ciò interferisce con l'ottenimento di una diagnosi corretta. Un aspetto centrale che contribuisce a rallentare il processo diagnostico e che preclude la selezione di trattamenti adeguati è la confusione nosologica e terminologica presente intorno a questa area di indagine. Sono infatti molti i termini utilizzati per riferirsi al dolore genitale femminile e la divergenza di queste definizioni e la debolezza dei confini tra le condizioni fanno sì che queste

vengano spesso sottovalutate o diagnosticate in modo errato (Dewitte et al., 2018). Tuttavia, se da un lato l'esistenza di diverse terminologie può confondere a livello diagnostico, dall'altro riferirsi al dolore genito-pelvico come a un'entità unica non è funzionale a trarre conclusioni uniformi sulla prevalenza, l'eziologia o le possibilità di trattamento.

Nell'ambito del dolore genitale femminile ricopre una notevole importanza la vulvodinia, che si riferisce a una sindrome cronica caratterizzata da dolore vulvare idiopatico persistente da 3 mesi a 6 mesi (Pukall et al., 2016). Il termine *idiopatico* viene specificato per sottolineare l'assenza di una causa chiara e clinicamente identificabile, oltre all'assenza di reperti visibili rilevanti. Ciò implica che i meccanismi che portano all'instaurarsi e al cronicizzarsi della malattia non sono ancora del tutto chiari e conosciuti, e questo rende pertanto più complesso il corretto riconoscimento della condizione e la scelta di un adeguato trattamento per il dolore. Quest'ultimo, che si manifesta in genere nella forma di bruciore o prurito, può essere cronico o intermittente e può insorgere spontaneamente oppure essere provocato dal tocco o da una qualche forma di pressione sull'area vulvare. Il sottotipo più comune di vulvodinia, riscontrabile nell'80% dei casi, è la vestibolodinia provocata (PVD), che si manifesta nella forma di un'allodinia meccanica localizzata al vestibolo vulvare (Wesselmann et al., 2014). La vulvodinia generalizzata (GVD) mostra invece un modello di dolore più diffuso e spontaneo, che coinvolge tutta la regione vulvare. Le due forme vengono considerate come due sottotipi distinti della malattia, ma secondo alcuni ricercatori potrebbero più che altro collocarsi su un continuum della stessa condizione (Wesselmann et al., 2014). La vulvodinia tende a interferire significativamente con la vita sessuale e l'intimità della coppia, accompagnandosi spesso a una riduzione del desiderio, dell'eccitazione e della

soddisfazione sessuale (Bergeron et al., 2020). Al tempo stesso, però, non è associata esclusivamente a dolore sessuale, ma può influenzare in modo importante anche ambiti diversi della vita quotidiana della donna, interferendo quindi con le attività lavorative o di svago. Ad esempio, passare molte ore seduta, andare in bicicletta o indossare indumenti stretti sono tutte attività che possono innescare o peggiorare il dolore in una donna che soffre di vulvodinia. Dunque, dato il suo effetto negativo sulla qualità di vita e il forte impatto a livello personale e sociale, è auspicabile l'accrescimento della conoscenza in questo campo e un maggiore approfondimento delle caratteristiche peculiari della vulvodinia, garantendo una chiara distinzione tra questa sindrome e altre con le quali viene spesso confusa.

### **1.2 Vulvodinia, vaginismo e dispareunia: tre diagnosi differenti**

Oltre alla vulvodinia, i termini più utilizzati quando si parla di dolore vulvare e vaginale sono quelli di dispareunia e vaginismo. Questi tre disturbi sono accomunati dal fatto che influiscono sulla sfera sessuale femminile, accompagnandosi a sensazioni di dolore e fastidio durante o dopo i rapporti e limitando gravemente la possibilità di godere di una vita sessuale serena e soddisfacente. Per questo motivo, vengono spesso confusi e utilizzati erroneamente come sinonimi, ma si tratta in realtà di problematiche distinte che richiedono una comprensione differenziata. Le definizioni di tali sindromi hanno subito nel tempo un certo numero di variazioni, frutto di una loro nuova e maggiore comprensione raggiunta nel corso degli anni. Presentare le attuali definizioni, sottolineandone le differenze reciproche a livello sintomatologico ed eziologico, è pertanto fondamentale per evitare la formulazione di diagnosi scorrette e la somministrazione di trattamenti inefficienti.

Il vaginismo è un disturbo sessuale complesso la cui definizione clinica è cambiata più volte nel corso del tempo. Un aspetto che ha ostacolato non poco il conseguimento di una definizione accurata di tale sindrome è la persistenza della storica dicotomia tra mente e corpo (Leiblum e Graziottin, 2007). Infatti, è ancora comune – specialmente in campo medico – la tendenza a considerare i disturbi come derivanti esclusivamente da fattori psicologici oppure come interamente organici e legati a cause biologiche. Tuttavia, è un’assunzione che risulta riduttiva, poiché corpo e psiche sono strettamente interconnessi e influiscono l’uno sull’altra in modo significativo. L’ultima definizione di consenso pubblicata integra le dimensioni psichica e fisica definendo il vaginismo come segue: *“Difficoltà persistente o ricorrente della donna a consentire l’ingresso in vagina di un pene, un dito o un qualsiasi oggetto, nonostante il desiderio di farlo. Spesso vi è evitamento fobico e paura dell’esperienza di dolore, insieme a una variabile contrazione involontaria dei muscoli pelvici”* (Basson et al., 2004). Dunque, il vaginismo è sì caratterizzato da paura e angoscia della penetrazione, ma anche da una contrazione difensiva e involontaria dei muscoli che circondano la vagina ([www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org)). Può inoltre essere definito come “situazionale” se presente solo con alcuni partner o con certe tipologie di penetrazione – ad esempio il pene ma non le dita o i tamponi – oppure “completo” se risulta impossibile in qualunque situazione e con ogni forma di penetrazione vaginale (Crowley et al., 2009).

Per quanto riguarda la dispareunia, Pacik (2014) afferma che si tratti di un disturbo che fa parte dello spettro dei rapporti sessuali dolorosi, come il vaginismo, ma con un differente grado di gravità. In realtà, tale considerazione è fuorviante, poiché “dispareunia” è più che altro il termine medico che descrive il dolore genitale, persistente o ricorrente, durante i rapporti sessuali penetrativi o i tentativi di penetrazione (Basson et

al., 2004). Si parla di “dispareunia superficiale, introitale o vestibolare” se il dolore interessa l’entrata della vagina, e di “dispareunia profonda” se il dolore si manifesta a penetrazione completa. La dispareunia è pertanto un sintomo comune a più condizioni che possono causare il dolore coitale, come infezioni (vaginiti, vulviti, cistiti), alterazioni ormonali, cause muscolari (ipertono del pavimento pelvico) o neurologiche, ma anche aspetti psicosessuali e relazionali (Graziottin, 2008; Graziottin e Serafini, 2010). È presente ovviamente nel vaginismo e può esserlo in diversi casi anche nella vulvodinia.

Infine, come accennato poco sopra, la vulvodinia è un disturbo caratterizzato da dolore alla regione vulvare in assenza di cause clinicamente identificabili. Si tratta dunque di una patologia caratterizzata da ipersensibilità vulvare che interferisce non solo – e non sempre – con i rapporti sessuali, ma anche con il normale svolgimento di attività quotidiane, dallo stare sedute all’andare in bicicletta fino all’indossare assorbenti interni o esterni. Possono essere svariati i fattori scatenanti e associati al dolore della vulvodinia, e i rapporti sessuali non necessariamente ne fanno parte. È perciò possibile affermare che la dispareunia *può* essere un sintomo della vulvodinia, mentre il vaginismo rappresenta un disturbo completamente differente rispetto a quest’ultima. Chi soffre di vaginismo sperimenta il dolore solo ed esclusivamente durante i rapporti penetrativi o i tentativi di penetrazione, che teme e di conseguenza evita. La sintomatologia vulvodinica si manifesta invece in seguito a svariati stimoli, non necessariamente sessuali, e l’eventuale paura dei rapporti penetrativi rappresenterebbe una conseguenza del dolore piuttosto che la sua causa (<https://cistite.info>).

Concludendo, nonostante le somiglianze e le parziali sovrapposizioni, la vulvodinia è un’entità diagnostica differente rispetto alla dispareunia e al vaginismo. Comprimerne gli aspetti peculiari è di fondamentale importanza per velocizzare e

perfezionare il processo diagnostico e identificare la terapia più adeguata in grado di migliorare la qualità della vita quotidiana, sessuale e relazionale delle donne che ne soffrono. Per raggiungere questo obiettivo, è necessario esplorare il suo passato e la sua evoluzione nel tempo, considerando la storia del termine e come si è giunti all'attuale consapevolezza delle sue caratteristiche. Un breve inquadramento storico della vulvodinia sarà pertanto presentato nella sezione successiva.

### **1.3 Storia della vulvodinia: dalle prime descrizioni alla classificazione attuale**

Della vulvodinia si è cominciato a parlare molto di recente, grazie soprattutto al lavoro di attiviste-pazienti che hanno messo in piedi delle vere e proprie campagne per contrastare l'invisibilizzazione del dolore genitale femminile. Eppure, si tratta di una sindrome che esiste e viene riconosciuta da secoli, nonostante non siano state fornite descrizioni esaurienti fino a poco tempo fa. Una prospettiva dell'evoluzione storica della vulvodinia è stata fornita da Amalraj e colleghi (2008). Sembrerebbe che i primi testi rinvenuti con descrizioni del dolore vulvare siano stati i papiri egiziani – nello specifico il papiro ginecologico di Kahun e il papiro di Ramesseum – e gli antichi testi medici di Sorano di Efeso. Tuttavia, non è possibile sapere con certezza se le condizioni illustrate in questi testi – ad esempio, la *satiriasi femminile* (McElhiney et al., 2006) – siano effettivamente delle antiche descrizioni della vulvodinia. La prima definizione ufficiale disponibile in letteratura risale al 1891, ad opera di T.G. Thomas che la descrisse come “*un'eccessiva sensibilità delle fibre nervose deputate all'innervazione della mucosa vulvare, a volte limitata al vestibolo... e altre volte a una delle piccole labbra*”. Successivamente, il ginecologo Alexander Skene (1892) riprese questa definizione, aggiungendo che il dolore della vulvodinia si manifestava in assenza di alcuna manifestazione esterna di malattia e poteva interferire significativamente con i rapporti

sessuali. Sebbene risalgano a più di un secolo fa, queste descrizioni sono piuttosto coerenti con quella attuale, poiché anticipano la distinzione tra possibili sottotipi di vulvodinia in base alla localizzazione del dolore e sottolineano la presenza di dispareunia come sintomo centrale. Dopo queste prime definizioni, per un arco temporale di quarant'anni la vulvodinia non venne più menzionata nella letteratura scientifica, finché nel 1928 H. A. Kelly riprese a parlarne, descrivendola come caratterizzata da “*aree di arrossamento particolarmente sensibili localizzate presso l'anello imeale*”. Di nuovo, una definizione abbastanza corretta, ma ancora insoddisfacente.

Dopo un altro lungo periodo in cui il nome *vulvodinia* non venne più citato, alcuni autori hanno iniziato a interessarsi alle cause di questa sindrome. Nel 1959, O'Donnell suggerì che la causa del dolore potesse essere un processo infiammatorio cronico dovuto a una completa rottura dell'imene. Da qui, diverse ricerche hanno cominciato a sottolineare l'esistenza di una connessione tra infiammazione e dolore, coniando i termini “vulvite focale”, “adenite vestibolare” o “vestibolite vulvare”, poiché il suffisso “-ite” indica proprio la presenza di un processo infiammatorio a carico di un organo o tessuto (Goldstein et al., 2021). A ulteriore sostegno dell'ipotesi infiammatoria, Pelisse ed Hewitt (1976) hanno trovato evidenze istopatologiche di infiammazione cronica e acuta nel vestibolo posteriore delle donne affette. Come verrà illustrato più avanti, oggi in realtà sappiamo che l'infiammazione *può* essere una causa della vulvodinia, ma non è l'unica né risulta necessariamente presente, motivo per cui i termini precedentemente elencati vennero abbandonati.

Un momento importante di svolta nella conoscenza del dolore vulvare è stato raggiunto nel 1970, anno di fondazione dell'*International Society for the Vulvovaginal Disease* (ISSVD), un'associazione internazionale e multidisciplinare dedicata allo studio



del dolore vulvare. La vulvodinia venne per la prima volta menzionata al Congresso Mondiale dell'ISSVD (1975) come “sindrome della vulva che brucia”, per poi essere definita formalmente otto anni dopo come “fastidio vulvare cronico caratterizzato da bruciore, irritazione o dolore” (ISSVD, 1983). Negli anni successivi, si è iniziato a differenziare tra i vari sottotipi di vulvodinia, distinguendo il ruolo della localizzazione e della stimolazione. Così, nel 2003 l'ISSVD ha ampliato la definizione di vulvodinia, arrivando a differenziare il dolore vestibolare da quello vulvare generalizzato, il dolore spontaneo da quello provocato e il dolore non esclusivamente correlato all'attività sessuale (Goldstein et al., 2021). Nello specifico, la classificazione del 2003 proponeva una distinzione del dolore vulvare in due categorie:

- A. Dolore vulvare correlato a uno specifico disturbo, di tipo infettivo (ad esempio, la candida), infiammatorio, neoplastico o neurologico;
- B. Vulvodinia, ovvero una condizione di dolore vulvare idiopatico “*spesso descritta come un dolore bruciante, che si manifesta in assenza di reperti visibili rilevanti o di un disturbo neurologico specifico e clinicamente identificabile*” (ISSVD, 2003). Questa può essere “generalizzata” o “localizzata” in un'area specifica della vulva (clitoride, vestibolo, etc.) e, in entrambi i casi, essere “provocata” (da un'attività sessuale, non sessuale o entrambe), “non provocata” o “mista” (*ibidem*).

Per più di un decennio, ginecologi e specialisti del dolore vulvare si sono basati su questa terminologia per la diagnosi e la scelta dei trattamenti. Successivamente, grazie ai sostanziali progressi raggiunti negli ultimi anni, una nuova nomenclatura di riferimento è stata discussa e pubblicata nel 2015 dall'ISSVD e dall'*International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH) e l'*International Pelvic Pain Society* (IPPS).

L'incontro tra le tre società ha portato all'ampliamento della categoria delle "cause identificabili" per il dolore vulvare e all'introduzione dei "fattori potenzialmente associati" alla vulvodinia. Questi cambiamenti sono il risultato di anni di studi e ricerche che hanno allargato il campo dei potenziali fattori eziologici e delle terapie, determinando la necessità di considerare la vulvodinia non più come una malattia unitaria ma come un disturbo multifattoriale caratterizzato da una descrizione sintomatica di diversi stati patologici (Andrews, 2011).

Dal confronto tra la classificazione del 2003 e quella del 2015 sono riscontrabili alcune variazioni importanti. Innanzitutto, la definizione di vulvodinia è stata modificata in *"dolore vulvare della durata di almeno tre mesi senza una chiara causa identificabile, che può avere potenziali fattori associati"*. È stato dunque aggiunto un elenco di fattori potenzialmente associati allo sviluppo e al mantenimento della condizione, la cui utilità è anche quella di essere orientativi rispetto alla scelta del percorso terapeutico da intraprendere. A ciascuno di questi fattori – che saranno presentati e discussi in seguito – è stato inoltre assegnato un livello di evidenza sulla base della letteratura esistente. Ulteriori revisioni apportate alla terminologia nel 2015 riguardano l'introduzione di nuovi descrittori della vulvodinia, quali l'insorgenza del dolore – che può essere primaria o secondaria – e il modello temporale – che classifica il dolore come persistente, intermittente, costante, immediato o ritardato. Infine, il termine "vulvodinia non provocata", utilizzato nel 2003, è stato sostituito da "spontanea", più comunemente usato nella letteratura sul dolore.

Questo approfondimento storico sulla vulvodinia e sulla sua evoluzione negli anni ha avuto lo scopo di evidenziare come la comprensione e l'interesse verso questa condizione siano mutati nel corso del tempo. Il modo in cui è cambiata l'attenzione

riguardo alla vulvodinia dalla medicina antica all'era moderna riflette il lento progresso nell'affrontare problematiche inerenti alla salute sessuale delle donne, ancora oggi meno approfondite rispetto a quelle maschili (Goldstein et al., 2021). L'importanza di raggiungere un sistema di classificazione ufficiale, che si fondi su un linguaggio comune e accurato per questi disturbi, è fondamentale per permettere ai professionisti di comprendere le cause e le manifestazioni del dolore vulvare e indirizzare le pazienti verso le più adeguate opzioni terapeutiche. Inoltre, il raggiungimento di un consenso condiviso tra medici, psicologici e ricercatori circa la terminologia corretta per ciascun disturbo è anche necessario allo scopo di produrre delle quanto più precise stime epidemiologiche, che saranno oggetto della prossima sezione. In ogni caso, occorre sottolineare che, dati i numerosi cambiamenti raggiunti negli ultimi anni nella classificazione e nomenclatura di tale condizione, è probabile che i termini ora utilizzati e i sottotipi individuati continueranno a essere perfezionati nel corso del tempo.

#### **1.4 Epidemiologia**

Studi quantitativi ed epidemiologici sulla vulvodinia sono stati condotti con lo scopo di comprendere la frequenza e la distribuzione di questa sindrome, ancora erroneamente ritenuta poco diffusa. La maggior parte di tali studi si serve di questionari self-report somministrati direttamente alle donne, poiché la possibilità di approfondire e confermare la diagnosi mediante esami clinici e visite ginecologiche non è facilmente realizzabile su campioni così numerosi. Nonostante non esistano in letteratura delle indagini epidemiologiche globali sulla prevalenza della vulvodinia nel mondo, è possibile fare riferimento agli studi condotti dai singoli paesi per constatare la sua ampia diffusione nella popolazione femminile.

Molti studi condotti su territorio statunitense riportano che tra il 7% e il 10% delle donne ha sperimentato una qualche forma di dolore vulvare cronico nel corso della propria vita (Goldstein et al., 2021). Ad esempio, Harlow e colleghi (2014) hanno condotto un'indagine per valutare la prevalenza di sintomi coerenti con una diagnosi di vulvodinia nell'area metropolitana di Boston e in quella di Minneapolis/Saint Paul. Dall'analisi di questionari self-report somministrati a più di 5000 donne – di età compresa tra i 18 e i 40 anni – gli autori hanno riscontrato un tasso di prevalenza dell'8% di sintomi associati a bruciore e dolore vulvare che persistevano da più di 3 mesi. Coerentemente con questo risultato, un altro studio condotto su quattro contee del Michigan (Reed et al., 2012) ha stimato una prevalenza della vulvodinia dell'8,3% in un campione di circa 2000 donne. Reed e colleghi (2012) hanno inoltre osservato che tale tasso rimaneva stabile nelle donne fino a 70 anni, dimostrando dunque che anche dopo quest'età il disturbo tende a persistere, seppur con una prevalenza più bassa. Infine, gli stessi autori hanno anche riscontrato che la probabilità di soffrire di vulvodinia era statisticamente più elevata nelle donne che riferivano di essere sessualmente attive, perciò è possibile che la reale prevalenza del dolore vulvare dopo i 70 anni sia sottostimata a causa della sostanziale diminuzione o mancanza di rapporti sessuali in questa fascia d'età (*ibidem*). Stime più basse sono invece state trovate nell'indagine epidemiologica di Arnold e colleghi (2007), in cui un dolore vulvare persistente da almeno 6 mesi è stato riferito dal 3,8% delle donne intervistate. Tale differenza potrebbe essere legata alla data di svolgimento dello studio – precedente di alcuni anni – e alla scelta di cut-off di tempo diversi (3 o 6 mesi).

Per quanto riguarda il panorama europeo, sono disponibili in letteratura alcuni studi condotti in Portogallo e Spagna. Più scarse sono invece le indagini epidemiologiche sul versante italiano. Vieira-Baptista e colleghi (2014) hanno somministrato un

questionario self-report a più di 1200 donne portoghesi, riscontrando una prevalenza della vulvodinia al momento dell'indagine del 6,5% con un picco intorno ai 21 -25 anni, seguito dalla fascia d'età dei 41 -45 e infine dei 51 -55. Similmente, in uno studio spagnolo circa il 6,6% delle donne risultava soffrire attualmente di vulvodinia e il 13% ne aveva sofferto in qualche momento della sua vita (Gomez et al., 2019). In Italia, l'Associazione Italiana Vulvodinia (AIV) ha implementato nel 2008 lo Studio ESOVIA (*Epidemiological Study of Vulvodynia Italian Association*), rivolto agli specialisti con lo scopo di fare luce sulla reale diffusione della patologia nel territorio italiano. È stato inviato un questionario a 2000 ginecologi italiani, rispetto al quale soltanto il 7% (140) ha fornito risposta. La vulvodinia è stata riscontrata nel 5,8% delle pazienti visitate nell'arco di un mese dai ginecologi, ma è possibile che tale percentuale sia sottostimata dato lo scarso numero di medici interessati a rispondere all'indagine.

Le indagini epidemiologiche permettono anche di osservare come variano le stime di prevalenza in base alle fasce d'età e all'etnia delle donne considerate. Come accennato precedentemente, la vulvodinia colpisce le donne di tutte l'età, comprese quelle più anziane e in post-menopausa (Reed et al., 2012). Tuttavia, l'incidenza sembra essere più elevata tra le donne più giovani, con un'età media di insorgenza intorno ai 25 -30 anni (Vieira-Baptista et al., 2014; Harlow et al., 2014) e una maggiore prevalenza in età fertile. È stato anche riscontrato che l'etnia influisce sulle stime di prevalenza della vulvodinia. Infatti, sebbene inizialmente si pensasse che la vulvodinia colpisse quasi esclusivamente le donne bianche, studi più recenti hanno messo in discussione questa convinzione. Reed e colleghi (2012) hanno osservato che le donne Afro-americane hanno una minore probabilità (circa il 43% in meno) di soddisfare i criteri per la vulvodinia rispetto alle donne bianche, ma ciò nonostante la prevalenza della patologia in questa popolazione

rimane comunque significativa (4,2%). In più, le donne ispaniche risultano avere tassi di vulvodinia del 40%-80% più elevati rispetto alle donne bianche non ispaniche (Harlow et al., 2014; Reed et al., 2014) e il 47% di probabilità in più di riferire una vulvodinia primaria, ovvero dolore al primo rapporto sessuale (Reed et al., 2014). La ragione alla base di queste differenti percentuali rispetto alle etnie non è ancora conosciuta: potrebbero suggerire delle vere e proprie differenze in termini di prevalenza – dovute forse a ragioni genetiche e biologiche – oppure l'esistenza di diverse norme socio-culturali che impedirebbero di fatto a queste donne di parlare apertamente del proprio dolore e della propria sessualità.

Per concludere, pur essendo annoverata quale malattia invisibile, la vulvodinia si accompagna a tassi di prevalenza che non possono essere ignorati. Tutti gli studi finora citati evidenziano come si tratti di una patologia tutt'altro che rara o poco diffusa e ricerche ulteriori sulla popolazione sono necessarie per approfondirne la distribuzione e la frequenza e migliorare la precisione di tali stime.

### **1.5 Le cause: verso un modello biopsicosociale della vulvodinia**

L'approccio tradizionale con il quale la ricerca si è accostata per diverso tempo allo studio del dolore cronico era quello biomedico, fondato su un'ottica prettamente dualistica, per la quale mente e corpo venivano considerati come realtà separate e indipendenti l'una dall'altra (Gatchel et al., 2007). Tale modello ha tuttavia rivelato negli anni la sua inadeguatezza, poiché si fondava su una visione scissa e frammentata dell'essere umano che appariva riduzionista e poco realistica. Negli anni Settanta, George Engel è stato uno tra i primi studiosi a mettere in luce la necessità di sviluppare un modello che tenesse in considerazione non solo i fattori biomedici, ma anche gli aspetti

psicologici, sociali e ambientali che contribuiscono alla salute e alla malattia. Pertanto, questo approccio – noto come modello biopsicosociale – sottolinea l'importanza di considerare la persona nella sua interezza, prestando attenzione anche al contesto psicosociale entro il quale è inserita (Engel, 1977). Il modello è diventato perciò particolarmente influente nell'area del dolore cronico e può ragionevolmente essere utilizzato nello studio del dolore genito-pelvico e della vulvodinia.

Anche la vulvodinia è stata tradizionalmente concettualizzata in maniera dualistica, dividendo da una parte i sostenitori delle cause biologiche e, dall'altra, quelli che aderivano a spiegazioni psicologiche e sessuali (Bergeron et al., 2020; Bergeron et al., 2011). Molte revisioni della letteratura forniscono un'ampia panoramica dei fattori biologici coinvolti e dedicano solo una marginale attenzione agli aspetti psicosociali, nonostante il diffuso riconoscimento della loro importanza nell'influenzare il dolore (Dewitte et al., 2018). Allo stesso tempo, esiste una spiccata tendenza da parte dei medici – e della società più in generale – a negare o ridimensionare le radici biologiche del dolore genitale, riducendolo a un mero disagio psicologico che è “solo nella testa della paziente”. Tuttavia, la natura della vulvodinia è profondamente complessa e la mancanza di una diagnosi uniforme ha evidenziato la necessità di adottare una visione multidisciplinare in grado di integrare aspetti biologici, psicologici e sociali. Pertanto, l'idea di un approccio semplicistico e uniforme è stata abbandonata per porre il dolore genitale all'incrocio di diverse discipline biopsicosociali.

Sono diversi gli autori che hanno proposto un approccio integrato alla vulvodinia che tenga conto dell'interdipendenza tra molteplici fattori. Ad esempio, Bergeron e colleghi (2011) hanno elaborato un modello globale in cui i fattori biomedici vengono considerati insieme ai fattori cognitivi, emotivi, comportamentali e interpersonali per

comprendere il dolore genitale e le difficoltà sessuali associate. In particolare, gli autori sottolineano come la vulvodinia non limiti soltanto l'attività sessuale, ma si estenda e interagisca anche con altri aspetti della vita quotidiana delle donne che ne soffrono. Sulla stessa linea si pone anche il lavoro di Dewitte e colleghi (2018), che fornisce una discussione approfondita sulle dinamiche psicosociali coinvolte nel dolore genitale, al fine di porre lo studio di questi aspetti al pari di quello dei marcatori fisici.

Molto interessante è anche il punto di vista espresso da Torres-Cueco e Nohales-Alfonso nella loro rassegna sistematica (2021). Secondo i due autori, la vulvodinia rappresenta un chiaro esempio di patologia per la quale è necessario un approccio neurobiologico. In particolare, adottando questa prospettiva, i ricercatori propongono una definizione di vulvodinia come “dolore complesso”. Quest’ultimo può essere definito come un *“dolore non correlato a un input nocicettivo periferico, lesione o malattia del sistema somatosensoriale, ma comunque associato a un certo grado di ipereccitabilità centrale, a significativo disagio emotivo, disabilità e con un impatto significativo sugli aspetti lavorativi e sociali dell'individuo”* (Torres-Cueco e Nohales-Alfonso, 2021). Questa definizione si colloca in una prospettiva neurobiologica e psicosociale, sottolineando come il dolore venga sempre sperimentato da una persona nella sua interezza, e che pertanto non possa essere “isolato” dal paziente che ne soffre ma studiato e compreso nell’inclusione di tutti gli aspetti coinvolti in questa esperienza. I fattori scatenanti del dolore complesso possono essere sia biologici che psicosociali, per cui concepire il trattamento della vulvodinia secondo una prospettiva biomedica ristretta non può che essere fallimentare. Una nuova e più adeguata tassonomia del dolore ha pertanto il potenziale di garantire una gestione clinica più efficace di questa patologia e di



esercitare un impatto positivo su diagnosi, trattamento e prognosi delle pazienti con dolore (Torres-Cueco e Nohales-Alfonso, 2021).

In sintesi, numerosi fattori giocano un ruolo nell'insorgenza e nel mantenimento della vulvodinia, risultando legati tra loro all'interno di un modello circolare. Un approccio biopsicosociale a tale malattia è necessario per comprenderla nella sua interezza, tenendo conto dei molteplici fattori implicati nell'insorgenza e nella cronicizzazione del dolore. Se per diverso tempo il modello biomedico ha rivestito un ruolo dominante nello studio della salute e della malattia, del dolore genitale e della vulvodinia in particolare, c'è oggi maggiore consapevolezza rispetto all'origine multifattoriale del dolore vulvare cronico, che può essere generato da alterazioni biologiche specifiche, ma anche mantenuto ed esacerbato da difficoltà psicologiche, sessuali e socioculturali. Occorre dunque diffondere una maggiore conoscenza, sia nei settori medici che nella società in generale, circa la natura complessa e variabile della vulvodinia, riconoscendone le implicazioni biologiche e al tempo stesso sottolineandone il forte impatto psicologico e sociale. Un breve resoconto dei molteplici aspetti coinvolti verrà presentato di seguito.

### *1.5.1 Fattori biologici*

A livello biologico, il dolore genitale è modulato da molteplici meccanismi fisiopatologici. Sebbene l'obiettivo di questa tesi non sia quello di esplorare nel dettaglio il coinvolgimento di tali fattori, una loro breve presentazione è utile per garantire una comprensione più approfondita della patologia. Nella letteratura scientifica viene principalmente evidenziato il ruolo di meccanismi neurologici di sensibilizzazione al dolore, fattori genetici e ormonali, processi infiammatori e disfunzioni muscoloscheletriche. Per quanto riguarda i primi, Pukall e colleghi (2005; 2016) hanno

esaminato i correlati neurali del tocco e del dolore nelle donne con vulvodinia, osservando come una stimolazione vestibolare dolorosa provocasse loro un'iperattivazione nelle regioni somatosensoriali, cingolate anteriori e insulari, che sono comunemente attivate in altre condizioni di dolore. Questa scoperta sembra dimostrare che le donne con vulvodinia hanno un'aumentata percezione delle stimolazioni dolorose nel vestibolo. Inoltre, i correlati neurali evidenziavano chiaramente la presenza di allodinia, poiché anche una pressione non dolorosa del vestibolo andava ad attivare le stesse regioni cerebrali implicate nel dolore. Sono state poi identificate anche importanti influenze genetiche. Sembrerebbe infatti esistere una predisposizione genetica a sviluppare tale condizione attraverso il manifestarsi di tre possibili meccanismi: polimorfismi genetici che aumentano il rischio di infezioni vulvari, modificazioni genetiche che favoriscono una risposta infiammatoria esagerata o cambiamenti che aumentano la suscettibilità ormonale ai contraccettivi orali (Torres-Cueco e Nohales-Alfonso, 2021; Goldstein et al., 2021). Comunemente riscontrata nelle donne con vulvodinia è poi una carenza di estrogeni circolanti, che può portare a cambiamenti anatomici e fisiologici nella vagina in grado di diminuire la soglia del dolore (Pukall et al., 2016; Goldstein et al., 2021). Un calo degli estrogeni può avvenire in modo naturale – ad esempio, con la menopausa o l'anovulazione secondaria ad allattamento, anoressia o stress fisiologico – o iatrogeno – ovvero con interventi quali l'ooforectomia e l'isterectomia o la prescrizioni di contraccettivi ormonali combinati (CHC; estrogeni-progestinici). È stata anche ipotizzata una patogenesi infiammatoria, secondaria a infezioni batteriche o da candida ricorrenti o, alcune volte, a traumi alla mucosa vestibolare (Torres-Cueco e Nohales-Alfonso, 2021). Diversi studi hanno infatti riscontrato nella mucosa di donne con vestibolodinia un aumento della densità dei mastociti – ovvero la principale sorgente di mediatori

dell'inflammation – e di neurochine, chemochine e citochine proinflammatorie (Graziottin et al., 2015; Goldstein et al., 2021). Infine, la gran parte dei ricercatori concorda sul ruolo centrale del pavimento pelvico (Dewitte et al., 2018; Bergeron et al., 2011). Le anomalie muscoloscheletriche associate alla vulvodinia consistono infatti in un'ipertonicità, iperattività e spasticità della muscolatura pelvica, che possono causare eccessiva sensibilità al tocco, dolore durante la penetrazione e conseguenti reazioni difensive (Bergeron et al., 2011; Goldstein et al., 2021).

Tutti i fattori sopracitati sono presentati in molti studi e revisioni della letteratura come ricoprenti un ruolo predisponente, scatenante o di mantenimento della vulvodinia. Sebbene rimangano diversi interrogativi sulle vie eziologiche della vulvodinia e le prove circa i meccanismi illustrati non siano tutte confermate, i fattori genetici e ormonali, i meccanismi neurologici, i processi infiammatori e le anomalie muscoloscheletriche necessitano di essere prese in considerazione quando si approfondisce una diagnosi di vulvodinia (Bergeron et al., 2020). È improbabile, comunque, che i processi biologici esercitino la loro influenza in modo isolato, poiché le variabili psicologiche e sociali agiscono in sinergia con i meccanismi fisiologici, influenzando la percezione del dolore attraverso diversi canali e modalità.

### *1.5.2 Fattori psicologici*

È stata proposta e studiata una grande varietà di costrutti psicologici in relazione al dolore genitale, come i fattori cognitivi e motivazionali, gli stati emotivi e i tratti di personalità. Rispetto allo studio dei marcatori biologici della vulvodinia, la ricerca su questo campo è più interessata a comprendere come il dolore si esacerba e cronicizza, diventando invalidante per la persona e trasformandosi esso stesso in una malattia. Le diverse variabili psicologiche esplorate nella letteratura scientifica possono precedere il

dolore – agendo da fattori protettivi o di rischio – oppure possono svilupparsi in seguito, come conseguenza o reazione alla malattia. Queste includono fattori quali depressione, ansia, catastrofizzazione del dolore, paura e ipervigilanza verso i sintomi dolorosi, autoefficacia percepita e accettazione del dolore. Ognuno di questi aspetti può contribuire in modo diverso al dolore genitale, per cui un più attento esame su questo fronte è necessario per fornire un supporto completo alla paziente con vulvodinia.

Depressione e ansia sono gli aspetti psicologici più comunemente esplorati e riscontrati in letteratura. Nello studio di Khandker e colleghi (2011) è stato osservato che la probabilità di sviluppare vulvodinia era quattro volte maggiore nelle donne con antecedenti disturbi dell'umore e dell'ansia rispetto a quelle che non ne avevano sofferto. Il dolore genitale risultava inoltre associato all'insorgenza di nuovi sintomi depressivi e ansiosi, suggerendo probabilmente l'esistenza di un'associazione bidirezionale, in cui ansia e depressione possono essere precursori ma anche conseguenze o fattori di esacerbazione della vulvodinia. Infatti, Chisari e colleghi (2020) evidenziano come diversi studi abbiano riscontrato un'associazione significativa tra depressione e maggiore intensità del dolore genitale. Altri fattori psicologici collegati a un peggioramento del dolore e della disabilità includono la catastrofizzazione, l'ipervigilanza e la paura del dolore. Queste variabili possono contribuire ad aumentare l'ansia e lo stress delle donne, amplificando la percezione del dolore e portando a comportamenti di evitamento che concorrono nel peggiorare la qualità di vita e la disabilità percepita (Bergeron et al., 2011; Chisari et al., 2020). D'altra parte, i fattori psicologici in grado di ridurre il dolore e favorire un migliore adattamento sono l'accettazione del dolore, la fiducia nella capacità di affrontarlo, l'autocompassione, l'ottimismo e le cognizioni positive riguardo alla penetrazione e alla sessualità (Goldstein et al., 2021). In particolare, l'autoefficacia è

associata a minori livelli di dolore e disabilità, poiché aumenta l'autonomia e il senso di controllo rispetto alla malattia (Dewitte et al., 2018).

### *1.5.3 Fattori sessuali*

Data la natura del dolore genitale, la maggior parte delle donne con vulvodinia mostra importanti compromissioni anche nell'esperienza della sessualità. Infatti, poiché il dolore si manifesta spesso con il tocco o la penetrazione, i tassi di disfunzione sessuale sono molto elevati in questa popolazione. Desiderio, eccitazione e soddisfazione risultano significativamente inferiori nelle donne con vulvodinia, che riferiscono inoltre una minore frequenza di rapporti sessuali e cognizioni più negative verso il sesso e l'intimità (Bergeron et al., 2014). A contribuire a una peggiore funzione sessuale sono proprio i fattori psicologici sopracitati, in primis la bassa autoefficacia, la catastrofizzazione e la paura del dolore, l'ipervigilanza e i sintomi ansiosi e depressivi. Inoltre, alcuni studi dimostrano che il dolore vulvovaginale è spesso associato a un calo dell'autostima sessuale e dell'immagine corporea delle donne: molte di loro riportano infatti di sentirsi meno attraenti sessualmente, meno sicure della loro sessualità e meno "donne" rispetto alle altre (Bergeron et al., 2014). Infatti, come suggerito da Chisari e colleghi (2020), è probabile che la tendenza a catastrofizzare e a provare ansia nei confronti del dolore porti non solo ad evitare il rapporto sessuale in sé, ma anche all'evitamento dell'esposizione del proprio corpo e allo sviluppo di processi cognitivi e attenzionali disadattivi durante il sesso.

Occorre tuttavia sottolineare che la vulvodinia non rappresenta necessariamente un ostacolo alla possibilità di godersi la propria sessualità. Molti studi evidenziano infatti che la gran parte delle donne con dolore genitale continua ad avere rapporti sessuali in maniera regolare, con lo scopo di mantenere l'intimità con il partner o di evitare il

conflitto relazionale (Chisari et al., 2021). In tal senso, lo sviluppo di una migliore comunicazione sessuale, di cognizioni più positive rispetto al sesso e di obiettivi di approccio anziché di evitamento può aiutare la coppia nel mantenere e alimentare l'intimità reciproca, sperimentando modalità alternative al sesso penetrativo. Dunque, data la centralità della dimensione di coppia in questo ambito, è fondamentale prestare attenzione alle variabili sociali e relazionali implicate nella vulvodinia, che verranno esaminate nel prossimo paragrafo.

#### *1.5.4 Fattori sociali*

Lo studio dei fattori sociali associati al dolore genitale è piuttosto recente nella letteratura scientifica, nonostante le variabili relazionali e contestuali giochino un ruolo di evidente importanza. Nell'ambito dell'approccio sociale alla vulvodinia, la ricerca si è principalmente focalizzata sulle risposte del partner al dolore, che possono svolgere un ruolo importante nel mantenere o esacerbare il disagio della donna o, al contrario, nell'incoraggiare l'adattamento e favorire una migliore regolazione (Dewitte et al., 2018). Il partner può rispondere al dolore con preoccupazione, ostilità o incoraggiamento. Come vedremo più avanti, le prime due tipologie di risposta sono risultate significativamente associate a un peggioramento del dolore, della funzione sessuale e dei sintomi depressivi e a una minore soddisfazione sessuale e relazionale (Rosen et al., 2010). Tali risposte comportamentali sono inoltre state associate alla presenza di pensieri catastrofici e di uno stile attribuzionale negativo del partner, che a sua volta influenza il dolore e i sintomi depressivi della donna (Dewitte et al., 2018). Le risposte facilitanti – in cui il partner sostiene gli sforzi della compagna e incoraggia l'approccio alle situazioni sessuali – sono invece le più adattive, in quanto associate a una riduzione del dolore e a una maggiore soddisfazione sessuale e relazionale (Bergeron et al., 2014). Un simile atteggiamento può

dunque essere promosso e incoraggiato in un intervento di coppia mirato, contribuendo così ad aumentare l'intimità e la vicinanza tra partner.

Oltre alla relazione col partner, altre variabili sociali e relazionali studiate nell'ambito del dolore genitale riguardano l'attaccamento, il maltrattamento infantile e l'abuso fisico ed emotivo. L'orientamento all'attaccamento influenza le relazioni sentimentali adulte e può fornire uno spunto per comprendere come le dinamiche di coppia incidano sull'esperienza del dolore genitale e sulle problematiche sessuali associate. Alcuni studi hanno riscontrato che nelle coppie con vulvodinia entrambi i partner riportavano livelli più elevati di attaccamento insicuro ansioso ed evitante, che a loro volta erano associati a una minore funzione e soddisfazione sessuale (Bergeron et al., 2020). In particolare, le donne evitanti avrebbero difficoltà nel comunicare il proprio dolore e chiedere supporto al partner, mentre le donne con attaccamento ansioso potrebbero temere di essere abbandonate a causa del loro dolore, sperimentando di conseguenza una maggiore catastrofizzazione (Goldstein et al., 2021). Alcuni studi e filoni di ricerca sostengono che l'insicurezza dell'attaccamento possa essere associata a episodi di maltrattamento infantile, come l'abuso fisico, emotivo o sessuale e la trascuratezza. Secondo uno studio epidemiologico condotto da Harlow e Stewart nel 2005, gravi abusi fisici o sessuali durante l'infanzia sono associati a una probabilità da 4 a 6,5 volte maggiore di sviluppare dolore genitale. Queste esperienze infantili negative hanno un impatto significativo sulle relazioni sentimentali adulte e la sessualità, contribuendo a una peggiore funzione sessuale e a maggiori problemi d'ansia nelle donne con vulvodinia (Corsini-Munt et al., 2017). È bene sottolineare, comunque, che un attaccamento insicuro, ansioso o evitante non origina necessariamente da episodi infantili di negligenza, trascuratezza o maltrattamento, pertanto è opportuno evidenziare il

carattere maggiormente speculativo di tali studi, i cui risultati e le cui conclusioni devono essere interpretati con cautela.

In conclusione, lo studio dei fattori psicologici, sessuali e sociali associati al dolore genitale è di grande importanza per comprendere come la vulvodinia influenzi la salute mentale della donna e metta alla prova le dinamiche interne alla relazione di coppia. Allo stesso modo, un approccio psicosociale permette anche di studiare tale influenza nella direzione opposta, valutando dunque come l'umore, l'ansia, l'autoefficacia, il pensiero catastrofico, la relazione di coppia e le esperienze infantili intervengano nel modulare l'esperienza del dolore e l'adattamento individuale e diadico alla malattia. La comprensione di questi fattori può aiutare i medici e i professionisti della salute mentale a supportare in maniera adeguata e completa le donne che soffrono di dolore genitale e a individuare quelle che potrebbero essere a rischio di svilupparlo.

## **1.6 Diagnosi**

Una volta considerati i molteplici elementi eziologici di tale malattia, è possibile parlare della diagnosi, sempre facendo riferimento a un'ottica di tipo biopsicosociale. Il processo diagnostico della vulvodinia è lungo e complesso, poiché diversi aspetti della salute e del benessere generale della donna sono influenzati dalla malattia. L'utilizzo di un approccio biopsicosociale permette di effettuare una valutazione approfondita di tipo non solo medico, ma anche psicologico, sessuale e fisioterapico, prestando così attenzione a tutti i fattori coinvolti. Per tale ragione, questo percorso richiede più tempo rispetto ad altri e deve pertanto essere premura del medico curante informare la paziente che sarà necessario più di un appuntamento per completare la valutazione e sviluppare un piano terapeutico. In tutte le fasi della valutazione, è inoltre fondamentale che il professionista



sanitario utilizzi della modalità comunicative rassicuranti ed empatiche, allo scopo di costruire una relazione medico-paziente basata su fiducia e rispetto reciproco (Goldstein et al., 2016). Infatti, è importante che le pazienti si sentano credute e ascoltate, che il loro dolore venga validato e che possano trovare nel medico un alleato, e non un ostacolo.

La vulvodinia prevede una diagnosi per esclusione, poiché presenta sintomi comuni a diverse altre condizioni di natura infettiva o infiammatoria con le quali potrebbe facilmente essere confusa. Pertanto, la diagnosi deve essere effettuata da un ginecologo o urologo esperto della patologia. La prima tappa del percorso diagnostico consiste nel colloquio clinico iniziale con la paziente. Obiettivo di quest'ultimo è quello di raccogliere informazioni utili sul dolore della paziente e sulla sua storia medica, farmacologica, psicologica e sessuale. È importante formulare domande sulle caratteristiche del dolore, su come questo impatta sulla vita quotidiana e sessuale della paziente e su quali sono i pensieri, i comportamenti, le emozioni e le interazioni di coppia che lo precedono e accompagnano (Sadownik, 2014). Per approfondire questi aspetti, è anche possibile somministrare alla paziente alcuni questionari di auto-valutazione, ad esempio il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) per i sintomi depressivi, lo *State/Trait Anxiety Inventory* (STAI) per valutare l'ansia, il *Female Sexual Function Index* (FSFI) per il funzionamento sessuale e il *Couple Satisfaction Index* (CSI) per la soddisfazione relazionale (Goldstein et al., 2016). In questo modo, è possibile sviluppare una maggiore comprensione della situazione della paziente ed eventualmente richiedere – se necessario – il coinvolgimento di altri operatori sanitari, quali psicologi, sessuologi o consulenti relazionali.

Successivamente al colloquio clinico, è necessario un esame obiettivo mediante visita ginecologica. Molte donne con dispareunia possono presentare elevati livelli di ansia in risposta a un esame degli organi genitali esterni e interni, per cui risulta utile

fornire supporto e istruzione durante questa fase. In particolare, è consigliabile impostare l'esame ginecologico in modo "educativo", fornendo alla paziente uno specchietto che le permetta di osservare passo per passo le fasi della visita e di conoscere meglio la sua anatomia (Sadownik, 2014). L'esame obiettivo prevede un'attenta valutazione manuale della vulva e della zona perianale, dell'uretra, della vescica, dell'utero, degli annessi e dei nervi. L'analisi di queste zone, insieme all'uso di tamponi vaginali, speculum e biopsie di punti specifici della pelle, permettono l'esclusione di altre patologie che potrebbero essere responsabili del dolore, quali infezioni genitali (lieviti, batteri), malattie dermatologiche (lichen sclerosus) e neurologiche (nevralgia post-erpetica), tumori e altre condizioni diverse dalla vulvodinia. Infine, poiché il dolore vulvare cronico si accompagna spesso a problemi muscolo-scheletrici, è importante eseguire anche una valutazione del pavimento pelvico. Questo esame consiste nell'osservare la capacità di controllo dei muscoli della paziente, chiedendole di contrarli e rilassarli. In genere, ciò che si osserva è che le pazienti con vulvodinia mostrano una scarsa capacità contrattile, poiché presentando un pavimento pelvico ipertonico e costantemente teso, non riescono di fatto a realizzare una vera e propria contrazione (Graziottin e Gambini, 2015). In seguito, si procede con la palpazione dei muscoli addominali, glutei, dorsali e degli arti inferiori, per esaminare la presenza di aree sensibili e/o dolorose (Goldstein et al., 2016).

Contestualmente alla visita ginecologica, viene infine effettuato il test del cotton fioc (*cotton swab test*), che consiste nella palpazione di alcuni punti specifici della vulva con un bastoncino di cotone inumidito. Tali punti sono numerati come sul quadrante di un orologio e alla paziente viene chiesto di riferire se la loro palpazione provoca e/o peggiora il dolore. Questo test rappresenta il metodo più utilizzato per la diagnosi di vestibolodinia provocata, poiché permette di valutare la presenza di iperalgesia (aumento

della sensibilità a uno stimolo doloroso) e allodinia (dolore in seguito a uno stimolo non doloroso) durante l'esame. Se risulta positivo e gli esami effettuati precedentemente danno invece esito negativo, è possibile diagnosticare la vulvodinia.

Nonostante le indicazioni appena presentate siano facilmente reperibili in molti report scientifici, nella pratica ginecologica di routine il tempo, gli strumenti e la consapevolezza stessa degli operatori sono insufficienti per diagnosticare e gestire adeguatamente la malattia. Sono ancora pochi i professionisti che conoscono la vulvodinia e il fatto che il dolore sia spesso privo di reperti clinicamente osservabili porta il più delle volte a ritardare la diagnosi, frustrare la paziente e a alimentare il fenomeno del *doctor shopping*, con le donne che si sottopongono a innumerevoli visite prima di arrivare all'ottenimento di una diagnosi (Trutnovsky et al., 2019). Il ritardo diagnostico della vulvodinia e di altre condizioni associate a dolore genito-pelvico è infatti elevato in modo preoccupante: si stima che siano 4,7 gli anni di ritardo diagnostico per chi soffre di vestibolodinia, 5-7 anni per chi soffre di cistite interstiziale e tra i 9 e gli 11 anni per chi è affetta da endometriosi (Graziottin et al., 2015). Sono quindi moltissime le donne che riportano una storia di dolore di oltre quattro anni e il protrarsi della sintomatologia non curata non fa altro che contribuire a peggiorare il quadro patologico. È pertanto urgente e indispensabile validare il dolore della donna e dargli un nome, discutendo con lei e il suo partner delle possibilità di trattamento e fornendo strumenti di conoscenza e supporto durante tutta questa fase.

### **1.7 Una lettura psicologica della vulvodinia: le cognizioni legate al dolore**

Nel fare riferimento al modello biopsicosociale della vulvodinia, abbiamo compreso come molteplici fattori siano coinvolti nell'insorgenza e nella cronicizzazione

del dolore. Tra questi, gli aspetti psicologici del dolore genitale sono ciò su cui il presente elaborato intende focalizzarsi maggiormente. Una chiave di lettura psicologica della vulvodinia non ha l'obiettivo di definire quest'ultima come una "malattia mentale" né di ridurla a qualcosa che è solo nella testa della paziente, risultato di un periodo stressante o di una relazione insoddisfacente. Piuttosto, lo scopo è quello di comprendere e approfondire come una patologia così stressante possa predisporre la persona allo sviluppo di alcuni pensieri, atteggiamenti mentali ed emozioni che risultano disfunzionali e provocano disagio psicologico. Nei paragrafi precedenti, è stata presentata una breve rassegna degli aspetti psicologici associati al dolore genitale. Di questi ultimi, fanno parte anche i fattori cognitivi, il cui ruolo nella vulvodinia sarà oggetto della parte conclusiva di questo capitolo.

Con fattori cognitivi si fa qui riferimento a quei processi di pensiero che possono influenzare la percezione del dolore e la reazione ad esso, diventando a volte un ostacolo alla guarigione. Diverse ricerche, fondate su un approccio cognitivo-comportamentale, hanno evidenziato l'importanza delle credenze e del processo di valutazione nell'adattamento al dolore cronico. Secondo la definizione di Lazarus e Folkman (1984), le credenze sono delle assunzioni sulla realtà che servono da lente per interpretare gli eventi. In tal senso, le convinzioni sul dolore, sulle sue cause e sulla sua prognosi influenzano la capacità dell'individuo di adattarsi e di intraprendere specifiche risposte di coping. La valutazione (*appraisal*) del dolore si riferisce invece al significato che viene attribuito a quest'ultimo da una persona. L'*appraisal* può essere primario – quando lo stressor (il dolore) viene valutato come minaccioso, sfidante o irrilevante – oppure secondario – quando la valutazione riguarda le risorse disponibili per fronteggiare l'evento e, dunque, la sua controllabilità (Lazarus e Folkman, 1984). Il modo in cui viene

attribuito un senso e un significato al dolore è influenzato proprio dalle credenze e convinzioni personali, che possono avere un forte impatto sulle risposte affettive e comportamentali di una persona e sulla sua capacità di comprendere il dolore, accettarlo e gestirlo (Gatchel et al., 2007; Sharp, 2001). Ad esempio, Turner e colleghi (2000) hanno individuato alcune credenze sul dolore che possono risultare particolarmente disadattive, quali ritenere che il dolore sia una condizione permanente e incontrollabile, che porti a disabilità e che ogni attività che può comportarlo andrebbe pertanto evitata. Le donne con vulvodinia possono sviluppare queste convinzioni rispetto al loro dolore genitale, assumendo uno stile attribuzionale negativo che le porta a credere che la malattia non migliorerà mai e influenzerà ogni aspetto della loro vita. Alcuni studi dimostrano che simili credenze sono associate a un maggiore disagio psicologico e relazionale, nonché a uno scarso funzionamento sessuale (Jodoin et al., 2011; Meana et al., 1999), sottolineando dunque l'importanza di conoscere l'influenza di questi fattori sul dolore e di includerli all'interno di un trattamento psicologico e sessuale della condizione.

È stato esplorato il contributo di una serie di valutazioni e credenze negative nel mantenimento ed esacerbazione del dolore. Tra questi, la catastrofizzazione, l'ipervigilanza e l'autoefficacia sono fattori che rivestono un ruolo di primaria importanza. Tuttavia, se le ricerche in altre condizioni di dolore cronico hanno approfondito e confermato la loro rilevanza, sono pochi gli studi sulle donne con vulvodinia che hanno esaminato questi fattori (Chisari e Chilcot, 2019). La catastrofizzazione del dolore può essere definita come un insieme esagerato e negativo di cognizioni nei confronti di un'esperienza di dolore o della sua anticipazione (Lemieux et al., 2013). In sostanza, si tratta di una serie di pensieri negativi che precedono, accompagnano e seguono il dolore, ingigantendone il significato e portando alla

ruminazione su di esso. La catastrofizzazione è ritenuta il più solido predittore psicologico del dolore persistente ed è associata a un aumento del dolore, a un maggiore comportamento di malattia e a disfunzioni fisiche e psicologiche in numerose popolazioni cliniche (Gatchel et al., 2007; Lemieux et al., 2013). Nelle donne con vulvodinia, è stata trovata un'associazione significativa tra una maggiore catastrofizzazione – sia della paziente stessa che del partner – e livelli più elevati di intensità del dolore (Goldstein et al., 2021; Bergeron et al., 2020).

Legata al pensiero catastrofico è l'ipervigilanza, che svolge un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento del dolore cronico. Questa può essere definita come un bias attenzionale verso gli stimoli dolorosi, che presumibilmente contribuisce a un'errata interpretazione e al peggioramento del dolore stesso (Payne et al., 2005). Alcuni studi su donne con vulvodinia suggeriscono che l'ipervigilanza al dolore contribuisce ad aumentare la salienza e l'intensità del dolore percepito, cronicizzandolo e compromettendo di conseguenza il funzionamento sessuale e la qualità di vita (Payne et al., 2005; Desrochers et al., 2009).

Infine, sono diverse le ricerche che hanno individuato nell'autoefficacia un'ulteriore variabile cruciale. Albert Bandura (1977) ha definito questo costrutto come la convinzione personale di poter svolgere con successo un certo compito o di raggiungere un risultato desiderabile. Relativamente al dolore cronico, l'autoefficacia è il grado in cui la persona ritiene di poter gestire efficacemente il dolore ed è associata a una minore intensità del dolore, maggiore tolleranza a quest'ultimo e migliore adattamento psicologico (Goldstein et al., 2021; Lemieux et al., 2013). Anche in questo caso, nelle donne con vulvodinia livelli più elevati di autoefficacia sono risultati associati a una

diminuzione del dolore, a un migliore funzionamento sessuale e a una minore disabilità percepita (Desrochers et al., 2009; Lemieux et al., 2013).

La vulvodinia presenta dunque caratteristiche cognitive che non possono essere ignorate e che devono diventare dei target fondamentali di intervento all'interno dei trattamenti psicologici. Modificare le credenze disadattive delle pazienti e aumentare la loro autoefficacia rispetto al dolore può infatti migliorare il funzionamento fisico e psicologico delle donne con vulvodinia, diminuendo la disabilità percepita associata alla condizione. Il ruolo del pensiero catastrofico, in particolare, merita ulteriori approfondimenti nell'ambito del dolore cronico genitale, soprattutto nei termini delle conseguenze comportamentali – come l'evitamento – ed emotive – quali sintomi depressivi – che esso comporta. Un esame più approfondito della catastrofizzazione del dolore sarà oggetto del prossimo capitolo, con la presentazione e la discussione dei risultati degli studi che analizzano questo costrutto nelle donne con vulvodinia.

## **CAPITOLO 2.**

### **LA CATASTROFIZZAZIONE DEL DOLORE**

#### **2.1 Il pensiero catastrofico**

Il concetto di catastrofizzazione è stato introdotto nella letteratura psicologica da Albert Ellis (1962) per descrivere lo stile cognitivo maladattivo e irrazionalmente negativo tipico dei pazienti con disturbi ansiosi e depressivi (Quartana et al., 2009). Questo stile di pensiero si associa a una visione profondamente pessimistica di se stessi, degli altri e del futuro, accompagnandosi ad una disfunzionale amplificazione emotiva. Nel 1967, Aaron Beck ha ripreso questa concettualizzazione, definendo il pensiero catastrofico come una distorsione cognitiva che consiste nel predire negativamente il futuro, anticipando e sovrastimando la probabilità che si verifichino gli esiti peggiori possibili. Gli individui che catastrofizzano sono dunque ansiosi e irrazionalmente convinti che tutto andrà male, il che può contribuire allo sviluppo o al peggioramento di sintomi d'ansia e depressione e alla sperimentazione costante di elevati livelli di stress e preoccupazione.

Oltre ad avere un impatto significativo sulla salute e il benessere generale dell'individuo, la tendenza alla catastrofizzazione può influenzare negativamente la percezione e gestione della malattia, aggravandone i sintomi, compromettendo l'aderenza e l'esito dei trattamenti e aumentando la disabilità percepita (Sullivan et al., 2001). Un effetto simile si verifica anche nei confronti del dolore, che viene percepito come più intenso e invalidante da chi assume una modalità di pensiero catastrofica nei suoi confronti (Keefe et al., 2004; Buenaver et al., 2007). Per gli scopi di questo elaborato è



dunque importante esplorare il ruolo della catastrofizzazione nella percezione e gestione del dolore, valutando la significatività del suo impatto sull'intensità e la durata di quest'ultimo e sul disagio psicologico che ne consegue.

## **2.2 Il ruolo della catastrofizzazione nell'esperienza del dolore**

La catastrofizzazione correlata al dolore ha ricevuto una consistente attenzione in letteratura, rivelandosi uno dei più importanti e robusti predittori psicologici della cronicizzazione del dolore. La maggior parte degli studi sul tema l'ha definita come un insieme di risposte emotive e/o cognitive a valenza negativa ed esagerata messe in atto durante una reale sensazione dolorosa o l'anticipazione della stessa (Sullivan et al., 2001; Quartana et al., 2009). Tuttavia, sebbene esista in letteratura un generale accordo sulla sua definizione, gli studiosi si discostano nelle loro opinioni per quanto riguarda le componenti della catastrofizzazione ritenute primarie. Ad esempio, Chaves e Brown (1978; 1987) hanno evidenziato quali dimensioni centrali l'ingigantimento della gravità del dolore e l'aumento dell'accessibilità in memoria di ricordi di episodi dolorosi passati. Spanos e colleghi (1979), invece, hanno sottolineato contenuti di pensiero legati alla preoccupazione, alla paura e all'incapacità di distogliere l'attenzione dal dolore e focalizzarla su più efficaci strategie di coping. Infine, Rosenstiel e Keefe (1983) l'hanno definita in termini di impotenza, pessimismo e incapacità di affrontare il dolore. Per riassumere questi aspetti, Sullivan e colleghi (1995) hanno concettualizzato la catastrofizzazione come un costrutto tridimensionale, costituito dalle componenti della magnificazione, dell'impotenza e della ruminazione. In questo modo, tale definizione compendia gli aspetti della sopravvalutazione degli esiti negativi del dolore, del ripensamento e rimuginio eccessivo e della sensazione di incapacità nel farvi fronte.

Nella letteratura scientifica, è stato ampiamente riscontrato che la catastrofizzazione è associata a una più intensa esperienza di dolore stesso e maggiore disabilità (Turner et al., 2000; Sullivan et al., 2001; Keefe et al., 2004). Infatti, la propensione a catastrofizzare è risultata correlata a molteplici indici di sensibilità al dolore sia in paradigmi sperimentali con partecipanti sani che in studi clinici con pazienti affetti da dolore cronico. In particolare, sono state osservate correlazioni significative con la severità del dolore, l'interferenza con le attività quotidiane e la disabilità percepita (Quartana et al., 2009). L'entità di queste associazioni è comunque variabile, con la catastrofizzazione che spiega circa il 7% della varianza del dolore in alcuni studi, fino al 31% in altri (Keefe et al., 2004). Oltre agli esiti correlati al dolore, la catastrofizzazione è stata anche associata a forte disagio emotivo e problemi di salute mentale. In particolare, molti studi hanno riscontrato l'esistenza di un'associazione significativa tra catastrofizzazione e sintomi d'ansia e depressione nei pazienti che soffrono di dolore cronico. Una metanalisi condotta da Rogers e Farris (2022) ha individuato più di 100 studi che hanno indagato l'entità dell'associazione tra catastrofizzazione e ansia e tra catastrofizzazione e depressione. I risultati suggeriscono che cognizioni catastrofiche sono fortemente associate alla presenza di sintomi ansiosi e depressivi, alimentando un circolo vizioso che contribuisce a peggiorare la condizione di dolore del paziente.

La catastrofizzazione appare quindi chiaramente come un fattore di rilievo nell'esperienza e nella gestione del dolore, contribuendo ad aumentare il distress fisico e affettivo dei pazienti e a trasformare il sintomo – ovvero *il dolore* – nella vera e propria malattia, ancora più invalidante. Ciò implica, pertanto, la necessità di un approccio terapeutico che tenga conto della catastrofizzazione come di un elemento in grado di danneggiare significativamente il benessere individuale. Per individuare la modalità più

efficace di correggere il ciclo di pensieri negativi che conducono alla catastrofizzazione è però fondamentale comprenderne le cause, indagando su quali siano le finalità di questo comportamento e sul perché la sua messa in atto risulti, alla fine, disfunzionale. Un'analisi di questi aspetti verrà pertanto presentata nel successivo paragrafo.

### **2.3 Modelli teorici**

La prova che la catastrofizzazione porti a esiti avversi sul dolore è stata supportata da molteplici studi. Tuttavia, in mancanza di un quadro teorico più ampio e uniforme, i risultati di tali ricerche lasciano comunque col dubbio su come la catastrofizzazione debba essere concettualizzata e su quali siano i suoi meccanismi d'azione e le finalità che persegue (Sullivan et al., 2001). Per rendere conto dell'influenza della catastrofizzazione sugli esiti correlati al dolore sono stati proposti alcuni modelli teorici, ciascuno dei quali offre delle direzioni di ricerca utili allo sviluppo di una teoria esplicativa più completa e all'individuazione di strategie terapeutiche mirate.

#### *2.3.1 Modello dell'appraisal*

Uno dei primi modelli teorici proposti in letteratura concettualizza la catastrofizzazione come un processo di valutazione. Infatti, riprendendo il modello transazionale di Lazarus e Folkman (1984), è possibile individuare delle similarità a livello descrittivo tra le diverse componenti della catastrofizzazione e i processi di valutazione primaria e secondaria<sup>1</sup>. Nei loro primi studi, Sullivan e colleghi (1995) avevano notato come l'ingigantimento e la ruminazione potessero essere collegati ai processi di appraisal primario, riflettendo una valutazione degli stimoli dolorosi come estremamente minacciosi. L'impotenza, invece, rifletterebbe in quest'ottica un processo

---

<sup>1</sup> Vedi primo capitolo

di appraisal secondario, in cui viene valutata negativamente la propria capacità di affrontare il dolore. Severeijns e colleghi (2004) hanno ripreso tali osservazioni, supportando l'esistenza di una stretta associazione tra la catastrofizzazione e altri costrutti di valutazione. Dunque, secondo questo modello è possibile interpretare la catastrofizzazione come un processo di valutazione negativa del dolore, dalla quale dipenderanno poi le strategie di coping selezionate.

### *2.3.2 Modello dell'attenzione*

Un secondo modello teorico suggerisce che la catastrofizzazione possa essere caratterizzata da un incrementato bias attentivo nei confronti del dolore. In generale, il dolore richiede sempre attenzione, interferendo con i processi mentali, ma coloro che esagerano il suo valore di minaccia tendono ad aumentare il proprio focus attenzionale verso ogni situazione potenzialmente nociva (Eccleston et al., 1999). In tal senso, la catastrofizzazione amplificherebbe le sensazioni dolorifiche attraverso eccessive distorsioni dell'attenzione verso le informazioni sensoriali e affettive del dolore (Quartana et al., 2009). Contemporaneamente, le persone che catastrofizzano si mostrano incapaci di sopprimere e inibire le cognizioni legate al dolore, fino a raggiungere uno stato di immobilizzazione cognitiva e comportamentale (Van Damme et al., 2004). Pertanto, l'esagerato bias attenzionale potrebbe rappresentare il meccanismo psicologico critico che spiega la relazione tra la catastrofizzazione e gli esiti correlati al dolore.

### *2.3.3 Modello paura-evitamento*

Il modello paura-evitamento nasce con l'obiettivo di illustrare il modo in cui determinate variabili psicologiche contribuiscono al mantenimento e alla cronicizzazione del dolore. Quest'ultimo è stato originariamente proposto da Vlaeyen e colleghi (1995) per spiegare la persistenza del mal di schiena in pazienti affetti da lombalgia, ma il suo

utilizzo può essere efficacemente trasposto anche ad altre forme di dolore. Il principio di base del modello consiste nel fatto che l'interpretazione del dolore può condurre a risposte differenti: quando il dolore viene interpretato in maniera catastrofica si sviluppa un'eccessiva paura nei suoi confronti, che porta alla messa in atto di comportamenti di evitamento. Questi ultimi portano al disuso e alla disabilità, peggiorando il dolore, aumentando il disagio affettivo e perpetuando le cognizioni negative legate al dolore (Crombez et al., 2012). In quest'ottica, dunque, la catastrofizzazione è l'elemento chiave che contribuisce alla cronicizzazione del dolore e allo scarso funzionamento dei pazienti.

#### *2.3.4 Communal coping model*

Un ultimo modello utile da illustrare è quello proposto da Sullivan e colleghi (2001), che suggeriscono di interpretare la catastrofizzazione come una strategia di coping interpersonale per affrontare lo stress provocato dal dolore. In quest'ottica, è opportuno sottolineare che l'obiettivo primario del coping non è la diretta riduzione del dolore, quanto piuttosto la mobilitazione di risorse strumentali, assistenziali e relazionali. In tal senso, la catastrofizzazione viene impiegata nel tentativo di sollecitare risposte empatiche e di supporto da parte degli altri, massimizzando la vicinanza con loro. Tuttavia, si tratta di una strategia di coping maladattiva, poiché contribuisce a incrementare l'attenzione nei confronti del dolore, rinforzando i comportamenti di malattia e aumentando i conflitti interpersonali (Cano, 2004).

In conclusione, sono diversi i quadri concettuali che possono essere utilizzati per comprendere la relazione tra catastrofizzazione e dolore. Nonostante vengano presentati in maniera separata, questi modelli non devono essere pensati come reciprocamente esclusivi, dal momento che esiste una certa sovrapposizione concettuale. È pertanto auspicabile che ricerche future lavorino allo sviluppo di un modello integrato che tenga

conto dei molteplici aspetti citati e delle loro interazioni reciproche, allo scopo di raggiungere una concettualizzazione uniforme del costrutto di catastrofizzazione in relazione al dolore.

#### **2.4 La catastrofizzazione del dolore nella vulvodinia**

È ampiamente dimostrato che la catastrofizzazione è un fattore cognitivo con un ruolo importante sulla percezione del dolore, la sua cronicizzazione e l'interferenza con le attività quotidiane e il benessere individuale. La maggior parte degli studi disponibili in letteratura ha indagato l'influenza della catastrofizzazione soprattutto su sindromi associate a dolore cronico di tipo muscoloscheletrico, come fibromialgia e lombalgia. Sono invece pochi gli studi che hanno esplorato questo costrutto nell'ambito dei disturbi associati a dolore genito-pelvico femminile. In particolare, la vulvodinia ha ricevuto scarsa attenzione in tal senso, nonostante si tratti di una sindrome associata a dolore cronico invalidante che, per la sua natura, può interferire non solo con la qualità di vita, ma anche con la funzionalità sessuale e il benessere individuale e di coppia.

Gli studi esistenti concordano nell'affermare l'esistenza di un'associazione significativa tra la tendenza alla catastrofizzazione e livelli più elevati di intensità del dolore genito-pelvico. La maggior parte di questi ha utilizzato campioni di donne con vestibolodinia provocata, ovvero il sottotipo di vulvodinia in cui il sintomo più evidente è il dolore durante i rapporti sessuali. A tal proposito, Desrochers e colleghi (2009) hanno condotto uno studio su 75 donne con PVD per indagare se determinate variabili psicologiche – quali ansia, catastrofizzazione, ipervigilanza e autoefficacia – contribuissero a influenzare la severità del dolore durante i rapporti. Le analisi di regressione condotte dagli autori hanno messo in luce che la catastrofizzazione era l'unico

predittore significativo dell'intensità del dolore sessuale, a dimostrazione del ruolo centrale che tale fattore gioca nell'esacerbazione dell'esperienza del dolore. Questi risultati sono stati supportati da Benoit-Piau e colleghi (2018), che hanno indagato il ruolo di fattori cognitivo-comportamentali sulla severità del dolore in donne con vulvodinia. Dalle loro analisi, la catastrofizzazione è risultata significativamente associata all'intensità del dolore e, insieme alla paura, spiegava il 15% della varianza di quest'ultimo. Similmente, Chisari e Chilcot (2016) hanno proposto un modello in cui diverse variabili psicosociali – tra cui depressione, ansia e fattori cognitivo-comportamentali – spiegavano il 28,3% della varianza del dolore, con la catastrofizzazione che risultava un predittore significativo sia della severità del dolore che della sua interferenza con la vita quotidiana, sociale e relazionale delle donne.

Risultati parzialmente diversi sono invece stati riscontrati in uno studio prospettico di 2 anni condotto da Davis e colleghi (2015). Su un campione di 222 donne con PVD, gli autori hanno inizialmente trovato una correlazione significativa tra catastrofizzazione e livelli elevati di intensità del dolore durante i rapporti. Tuttavia, la prospettiva longitudinale ha successivamente permesso di evidenziare come solo l'aumento dell'autoefficacia relativa al dolore – e non la diminuzione della catastrofizzazione – fosse associata a una riduzione significativa dell'intensità del dolore. In tale prospettiva sarebbe dunque l'autoefficacia percepita, e non la catastrofizzazione, l'elemento psicologico critico in grado di influenzare l'andamento del dolore.

In sintesi, i risultati riguardanti il modo in cui la catastrofizzazione e altri fattori cognitivi influiscono sul dolore genito-pelvico sono in linea con quelli di altre ricerche incentrate su diverse patologie come l'osteoartrite (Keefe et al., 2000) o la fibromialgia (Gracely et al., 2004). Si tratta pertanto di conclusioni importanti che supportano un

modello teorico della vulvodinia come un disturbo del dolore che è influenzato da fattori psicologici, suggerendo come questi aspetti siano importanti per spiegare anche problemi di dolore non muscoloscheletrico. Ovviamente, questi studi presentano diverse limitazioni, prima tra tutte la correlazionalità dei disegni utilizzati. Infatti, questi dati non consentono di stabilire inferenze causali ed è quindi possibile che sia il dolore stesso – soprattutto se molto forte – a portare a una maggiore catastrofizzazione. Inoltre, gli indici di correlazione e i valori delle varianze spiegate sono comunque piuttosto bassi o moderati, il che suggerisce che anche altri fattori devono essere considerati nella modulazione del dolore. Pertanto, sarebbe opportuno indagare il ruolo di altre variabili utili a spiegare questa relazione, come l'influenza del partner – che sarà esaminata in questo elaborato – le caratteristiche del dolore stesso, la presenza di depressione o ansia o di altri aspetti psicologici che potrebbero aumentare la proporzione di varianza spiegata.

## **2.5 Catastrofizzazione e funzionamento sessuale**

Se è stato dimostrato da diversi studi che la catastrofizzazione ha un ruolo nell'aumentare l'intensità percepita del dolore genito-pelvico nelle donne con vulvodinia, non è invece ancora chiaro se e in quale modo questo fattore è in grado di influenzare il funzionamento sessuale. È noto che le donne con dolore genito-pelvico sperimentano molteplici disturbi in diversi aspetti del funzionamento sessuale, nonché una minore soddisfazione rispetto alle donne che non soffrono di questa patologia (Bergeron et al., 2014; Gates & Galask, 2001). Inoltre, quando il dolore è molto intenso, l'evitamento dei rapporti sessuali è una conseguenza piuttosto diffusa, il che contribuisce a sua volta alla riduzione del desiderio e della lubrificazione e alla tensione della muscolatura pelvica (Dewitte et al., 2011; Gordon et al., 2003). Dal momento che la catastrofizzazione predice un aumento significativo del dolore e della sua interferenza con altre attività, è



ragionevole ipotizzare che essa abbia un effetto anche sul benessere sessuale delle donne. Inoltre, secondo il *Fear-Avoidance Model*, è proprio l'anticipazione catastrofica del dolore a sviluppare una forte paura nei suoi confronti, spingendo a evitare le attività che potrebbero provocarlo (Leeuw et al., 2006).

Alcuni studi, tra cui quelli precedentemente menzionati, hanno esplorato l'influenza della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale nelle donne con dolore genito-pelvico. Nella maggior parte dei casi, nonostante le previsioni iniziali degli autori, non sono state riscontrate delle associazioni significative a supporto di tale ipotesi. Nello studio di Desrochers e colleghi (2009, vedi sopra), una seconda regressione lineare ha esaminato quali fossero le variabili psicologiche legate a variazioni nel funzionamento sessuale. I risultati hanno messo in evidenza come soltanto l'autoefficacia fosse un predittore indipendente della sua varianza. Anche il lavoro prospettico di Davis et al., (2015) non ha individuato associazioni significative tra catastrofizzazione ed esiti correlati al funzionamento sessuale. Per meglio comprendere questo risultato, contrario alle ipotesi iniziali, gli autori hanno verificato se la catastrofizzazione potesse essere associata alla produzione di comportamenti a loro volta responsabili di variazioni nel funzionamento sessuale. Tuttavia, il modello di mediazione secondo cui le variabili cognitive predirebbero gli esiti sessuali attraverso un comportamento evitante non è stato supportato dai loro dati. Anche in questo caso, soltanto l'autoefficacia è risultata significativamente associata a esiti correlati alla soddisfazione e al funzionamento sessuale, oltre che a una diminuzione dell'evitamento.

Un'associazione significativa tra cognizioni catastrofiche, funzionamento sessuale e soddisfazione è stata invece riscontrata nello studio di Anderson e colleghi (2016). Gli autori hanno scelto di considerare le cognizioni specifiche riguardo alla

penetrazione e al dolore che da essa consegue nelle donne che soffrono di PVD. Queste ultime si distinguono dalla catastrofizzazione generale del dolore in quanto si estendono oltre all'ambito del dolore stesso, abbracciando specifici pensieri connessi all'esperienza sessuale di coppia. Coerentemente con le ipotesi degli autori, l'analisi di regressione gerarchica ha rivelato un'associazione significativa tra la presenza di elevate cognizioni catastrofiche relative alla penetrazione e una minore soddisfazione e funzione sessuale. D'altra parte, pensieri più positivi riguardo alla penetrazione e alla capacità di gestire il dolore sono risultati associati a una maggiore funzionalità e soddisfazione sessuale.

Contrariamente ai due studi precedenti, le conclusioni raggiunte da Anderson e colleghi (2016) sono in linea con la ricerca che collega la catastrofizzazione alla disabilità in altre condizioni di dolore cronico. Considerare la catastrofizzazione specificamente in relazione all'esperienza sessuale penetrativa – e non solo al dolore in generale – permette dunque di cogliere meglio l'influenza di tale cognizione sulla vita intima e sessuale delle donne. Invece, è possibile che la catastrofizzazione del dolore in generale non sia necessariamente connessa a una peggiore soddisfazione e funzione sessuale, poiché potrebbero esserci altri fattori in grado di intervenire più fortemente su questa relazione. Uno di questi potrebbe essere l'autoefficacia, come riscontrato da Desrochers et al. (2009) e Davis et al. (2015). Un altro elemento importante che potrebbe essere considerato è senza dubbio la relazione col partner e le sue risposte al dolore, una cui analisi sarà pertanto oggetto della prossima sezione.

## **2.6 Il ruolo del partner**

Nel contesto del dolore genitale, i fattori interpersonali sono particolarmente importanti poiché i partner rappresentano i principali testimoni del dolore della donna e

possono, al contempo, costituire la causa stessa del dolore durante l'attività sessuale. Esistono numerosi studi in letteratura che hanno indagato il ruolo del partner in relazione a diversi esiti di dolore, funzionamento e soddisfazione sessuale. I risultati riscontrati sono però solo parzialmente coerenti gli uni con gli altri, suggerendo quindi che le interazioni di coppia in tale contesto necessitano ancora di ulteriori studi e chiarimenti.

Il modo in cui il partner risponde al dolore della donna può facilitare o peggiorare l'esperienza di malattia ed è stato ampiamente indagato in letteratura. Le risposte possono essere premurose – ovvero definite da forte empatia e attenzioni – negative – che consistono in comportamenti di ostilità, critica ed evitamento – o facilitanti – caratterizzate cioè da modalità adattive di incoraggiamento (Rosen et al., 2012). Nella gran parte degli studi in letteratura, è stato riscontrato che risposte premurose e risposte ostili e negative sono entrambe associate a una maggiore intensità del dolore vulvovaginale durante i rapporti (Rosen et al., 2010; 2012; Desrosiers et al., 2008). Infatti, dimostrazioni di critica e rabbia concorrono ovviamente a peggiorare la percezione del dolore, ma anche un'eccessiva empatia e preoccupazione verso quest'ultimo possono incoraggiare l'evitamento dei rapporti sessuali e generare valutazioni negative del dolore, intensificando l'ansia, l'ipervigilanza e il dolore stesso. D'altra parte, le risposte facilitanti sembrano invece predire un minore dolore durante i rapporti, favorendo strategie di coping più adattive (Rosen et al., 2010; Desrosiers et al., 2008).

Per quanto riguarda la soddisfazione sessuale, Rosen e colleghi (2010) hanno trovato che una forte premura percepita dalla donna da parte del proprio partner era associata a una maggiore soddisfazione. Questo risultato può sollevare delle perplessità, dal momento che nello stesso studio le risposte premurose sono risultate associate anche a maggiore dolore sessuale. Una possibile spiegazione è che un partner attento e

preoccupato possa essere interpretato come più sensibile, influenzando così positivamente gli aspetti emotivi e interpersonali alla base della soddisfazione sessuale (Rosen et al., 2010). Più riscontrata in letteratura è stata invece l'associazione negativa tra risposte ostili e soddisfazione sessuale e l'associazione positiva tra soddisfazione e risposte facilitanti (Rosen et al., 2012; Desrosiers et al., 2008). In nessuno studio è stata invece trovata un'associazione significativa tra queste variabili e la funzione sessuale, probabilmente perché mentre la soddisfazione ha a che fare con aspetti emotivi e interpersonali, il funzionamento è legato a meccanismi che sono anche fisiologici. Approfondire questo aspetto potrebbe però risultare utile, poiché è noto che le donne con vulvodinia mostrano un peggiore funzionamento sessuale rispetto alla norma.

Le risposte del partner al dolore potrebbero essere strettamente connesse con i comportamenti di catastrofizzazione, elicitandoli o rappresentandone una conseguenza. In questo contesto, il *Communal coping model* (vedi sopra; Sullivan et al., 2001) può costituire un quadro teorico utile, poiché suggerisce che la catastrofizzazione sia un mezzo per ottenere empatia e sostegno. A tal proposito, Rosen e colleghi (2013) hanno indagato se la catastrofizzazione e l'autoefficacia potessero svolgere un ruolo di mediazione nel percorso attraverso il quale le risposte premurose e le risposte negative del partner hanno un impatto su dolore e sessualità. I loro risultati hanno indicato che la catastrofizzazione media parzialmente l'associazione tra risposte di premura – indagate sia dal punto di vista della paziente che del proprio partner – e maggiore intensità del dolore. Ciò suggerirebbe che un partner eccessivamente attento e preoccupato contribuirebbe a generare la cognizione che il dolore sia incontrollabile, rafforzando interpretazioni catastrofiche e strategie di evitamento che, a loro volta, aumenterebbero l'intensità del dolore nelle donne con PVD. Inoltre, Rosen e colleghi hanno trovato che

un buon adattamento della coppia e un'elevata qualità della relazione mediavano parzialmente l'associazione tra risposte premurose del partner e maggiore soddisfazione sessuale e completamente l'associazione tra risposte negative e minore soddisfazione sessuale. Questo risultato getterebbe maggiore luce su quello di Rosen et al. del 2010, suggerendo come empatia e attenzioni migliorino l'adattamento diadico, che a sua volta influisce positivamente sulla soddisfazione sessuale, mentre risposte aggressive e ostili lo peggiorerebbero, contribuendo a una più scarsa soddisfazione.

Se questi risultati hanno trovato supporto in alcuni studi (Lemieux et al. 2013; Benoit-Piau et al., 2018), non sono stati invece riscontrati da Boothby e colleghi (2004), che non hanno trovato alcuna associazione tra catastrofizzazione e risposte premurose del partner. Al contrario, le pazienti con alti punteggi di catastrofizzazione risultavano percepire che il partner rispondeva al loro dolore con comportamenti ostili e punitivi. Questa scoperta non risulterebbe coerente con il *Communal Coping Model* e suggerirebbe invece che la catastrofizzazione elicitasse risposte negative da parte del partner. Pertanto, è possibile che catastrofizzazione e comportamenti di premura del partner siano in realtà associati in modo indipendente al dolore. In sintesi, è dunque evidente l'importanza di indagare in questo ambito anche il ruolo dei fattori relazionali, con l'obiettivo di pervenire a un maggiore chiarimento del loro impatto sull'esperienza di malattia e poterli includerli con successo nei trattamenti psicosessuali di coppia.

## **2.7 Presentazione della domanda di ricerca e ipotesi**

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di replicare ed estendere i risultati presenti in letteratura sul ruolo della catastrofizzazione nell'esperienza del dolore genito-pelvico. Dall'analisi bibliografica emerge che lo sviluppo di cognizioni catastrofiche relative al

dolore è spesso associato alla presenza di sintomi ansiosi e depressivi, che possono generare processi ruminativi che portano le pazienti a sopravvalutare la gravità degli esiti negativi e sottovalutare la propria capacità di farvi fronte (Rogers & Farris, 2022; Amow et al., 2011). Nelle donne con dolore genitale, un'elevata tendenza alla catastrofizzazione è risultata associata a una maggiore intensità del dolore stesso (Benoit-Piau et al., 2018; Chisari e Chilcot, 2016; Desrochers et al., 2009). Inoltre, gli studi che hanno esaminato il ruolo dei fattori socio-relazionali hanno messo in evidenza l'influenza del partner sull'esperienza di malattia, mostrando l'esistenza di associazioni significative tra il modo in cui quest'ultimo risponde al dolore e gli esiti del dolore stesso (Benoit-Piau et al., 2018; Desrosiers et al., 2008; Rosen et al., 2013; 2012; 2010).

In letteratura sono tuttavia presenti alcuni limiti nello studio di questo argomento. Infatti, più incerta è la natura della relazione tra comportamenti di catastrofizzazione ed esiti sessuali. Nonostante vi sia un generale accordo nel constatare la presenza di uno scarso funzionamento e soddisfazione sessuale nelle donne che soffrono di dolore genitale, non è chiaro se e in quale modo la catastrofizzazione influenzi tali aspetti (Anderson et al., 2016; Davis et al., 2015; Rosen et al., 2010; Desrosiers et al., 2008). Inoltre, nessuno studio ha indagato l'effetto specifico della catastrofizzazione su ogni dominio del funzionamento sessuale valutato separatamente. Infatti, in tutti gli studi presi in considerazione, il funzionamento sessuale è stato misurato con il *Female Sexual Function Inventory* (Rosen et al., 2000), utilizzando il punteggio globale anziché i punteggi specifici dei singoli domini. Questo modo di procedere potrebbe però precludere la possibilità di osservare l'effetto della catastrofizzazione sui singoli aspetti del funzionamento sessuale. Infine, tutti gli studi considerati hanno misurato esclusivamente l'effetto diretto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale. Tuttavia, è possibile

che la catastrofizzazione eserciti su di esso un effetto di natura indiretta, e che pertanto esistano delle variabili con un ruolo mediatore in tale relazione.

In linea con queste evidenze e alla luce dei suddetti limiti, il presente studio si pone i seguenti obiettivi:

1) Indagare se la presenza di sintomi d'ansia e depressione possa predire la manifestazione di comportamenti di catastrofizzazione del dolore. Sulla base della letteratura, ipotizziamo infatti che vi sia un'associazione positiva tra sintomi ansiosi e depressivi e catastrofizzazione.

2) Indagare la relazione tra catastrofizzazione e dolore, replicando i risultati degli studi che hanno individuato un'associazione positiva tra cognizioni catastrofiche e intensità del dolore genitale (Desrochers et al., 2009; Chisari e Chilcot, 2016; Benoit-Piau et al., 2018). Inoltre, sulla scia dei lavori di Rosen e colleghi (2013; 2012), vorremmo esplorare il possibile ruolo mediatore delle risposte negative del partner – indagate dal punto di vista della partecipante – nella relazione tra catastrofizzazione e dolore.

3) Indagare, infine, la relazione tra la catastrofizzazione ed eccitazione mentale, lubrificazione, orgasmo e soddisfazione. Diversamente dagli studi presentati, pensiamo infatti che considerare ciascun dominio del funzionamento sessuale in maniera separata permetta di gettare maggiore luce sulla relazione tra catastrofizzazione e sessualità. In particolare, ipotizziamo che le partecipanti con dolore genito-pelvico sperimentino una più scarsa eccitazione mentale e lubrificazione, orgasmi meno frequenti e una più bassa soddisfazione quando mostrano un'elevata tendenza a catastrofizzare il dolore. Inoltre, ipotizziamo che possa esserci anche un effetto indiretto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale. Pertanto, vogliamo indagare se la convinzione che il proprio

partner risponderà in maniera ostile alla richiesta di evitare o interrompere un rapporto sessuale a causa del dolore possa mediare la relazione tra catastrofizzazione ed esiti sessuali.



## CAPITOLO 3. METODI

I dati che verranno presentati in questo elaborato fanno parte dello studio intitolato “*Luci e Ombre della Sessualità e Salute Genitale Femminile*”, un progetto di ricerca focalizzato sull’indagine dei fattori psicologici, sociali e di salute che influenzano il comportamento e le abitudini sessuali femminili, ivi comprese le esperienze di dolore e la salute genitale. In particolare, il presente studio nasce con l’obiettivo di indagare la prevalenza e le caratteristiche del dolore vulvare/vaginale e dei disturbi dell’area genito-pelvica femminile. I dati raccolti permettono di approfondire e comprendere quali aspetti di salute, psicologici, sociali e culturali influenzano il dolore, lo mantengono e cronicizzano, o al contrario, lo prevengono o migliorano. L’indagine è stata svolta interamente online ed è stata approvata dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica dell’Università di Padova.

### 3.1 Procedura

Lo studio è strutturato in tre parti, ognuna delle quali prevede la compilazione di uno o più questionari interamente online. Ciascuna sezione è preceduta dalla presentazione di un modulo di consenso informato, che contiene informazioni relative all’anonimato e al trattamento dei dati, garantendo il loro utilizzo unicamente ai fini della ricerca medesima e il rispetto della massima riservatezza. Con la sottoscrizione del consenso la partecipante dichiara di essere maggiorenne, di aderire volontariamente alla ricerca e di essere a conoscenza delle finalità del progetto, della confidenzialità con la quale saranno trattati i suoi dati e dell’impossibilità di ottenere la restituzione dei dati raccolti una volta inviati.

*Primo questionario.* Con la scansione del QR-code, le partecipanti hanno accesso alla prima fase dello studio, presente sulla piattaforma digitale *Qualtrics*. L'apertura del link rimanda in primo luogo alla visione di un video, preparato dalle studentesse del *Padova Sex Lab* allo scopo di illustrare brevemente gli obiettivi del progetto e incoraggiare alla partecipazione. A seguito del video e della sottoscrizione del consenso, la compilazione ha inizio e dura circa 15 minuti. Il questionario è suddiviso in 8 parti principali, ciascuna delle quali esplora una determinata area di interesse:

- Informazioni demografiche e salute generale (17 domande);
- Salute mestruale e uso di contraccettivi (7 domande);
- Dolore, igiene e salute genitale (10 domande);
- Sintomi fisici (15 domande);
- Sintomi depressivi (12 domande);
- Ansia (8 domande);
- Comportamenti e attitudini sessuali (25 domande);
- Esperienze sessuali negative (3 domande).

Se in base alle risposte fornite risulterà che la partecipante soffre di dolore vulvare/vaginale, al termine del questionario le verrà proposto di accedere alla fase successiva dello studio, che consiste nella compilazione di un secondo questionario che raccoglie informazioni più approfondite sul dolore. Prima dell'accesso al secondo questionario, verrà presentato un nuovo video, in cui la partecipante sarà ringraziata per il suo impegno e le sarà proposto di rispondere a delle nuove domande.

*Secondo questionario.* La seconda fase dello studio si apre nuovamente con una breve spiegazione della struttura e delle aree tematiche approfondite in questa parte.

Prima di iniziare la compilazione, che richiede un tempo di 15 minuti, viene richiesto alla partecipante di indicare il proprio indirizzo email, necessario per accoppiare i dati dei diversi questionari. A questo punto, viene presentato il secondo questionario, che è nuovamente suddiviso in 8 parti principali:

- Immagine corporea (3 domande);
- Relazione sentimentale (9 domande);
- Emozioni e pensieri legati al dolore (24 domande);
- Preoccupazioni e influenze sulla sessualità (26 domande);
- Influenza su attività quotidiana (5 domande);
- Strategie per affrontare il dolore (21 domande);
- Emozioni generali (12 domande);
- Supporto sociale (4 domande).

Al termine del secondo questionario, viene data la possibilità di lasciare un commento o suggerimento riguardo allo studio, dopodiché la partecipante viene ringraziata e invitata ad accedere alla terza e ultima fase della ricerca. Le modalità e le caratteristiche di quest'ultima sono illustrate in un nuovo video, realizzato come i precedenti.

*Terzo questionario.* La fase conclusiva dello studio consiste nell'utilizzo di un'applicazione chiamata "Vulvae", realizzata dal team di ricerca francese *Les Observables SAS*, dedicata alla salute della vulva e al dolore vulvare. Mediante l'app, viene richiesta la compilazione di un breve questionario giornaliero – della durata di circa 3 minuti – da compilare quotidianamente per due mesi, allo scopo di raccogliere dati utili a monitorare il dolore genitale non solo per la ricerca ma anche per la partecipante stessa. L'accesso alla versione integrale dell'app è gratuito per tutte le persone che partecipano

allo studio. Se viene indicato il desiderio di procedere, alla partecipante verrà inviato via email il link per scaricarla e la password da utilizzare per accedervi gratuitamente. Ogni giorno l'applicazione invia una notifica per invitare alla compilazione. Il questionario è suddiviso in 7 parti principali:

- Dolore genitale (8 domande);
- Mestruazioni (2 domande);
- Umore (13 domande);
- Sintomi fisici (12 domande);
- Risposta sessuale (16 domande);
- Abitudini/igiene giornaliere (10 domande);
- Trattamento e cura del dolore genitale (6 domande).

Al termine dei due mesi, la partecipazione allo studio risulta completata.

### **3.2 Partecipanti**

Le partecipanti per questo studio sono state reclutate sulla base di due criteri di inclusione: 1) essere assegnate femmine alla nascita e 2) avere un'età pari o superiore ai 18 anni. Il reclutamento è stato organizzato sia in presenza che online. Per quello in presenza, sono stati preparati dei segnalibri con il nome dello studio, una breve descrizione dei suoi obiettivi e il QR-code per accedere alla piattaforma di compilazione. La loro distribuzione è stata effettuata in più zone della città di Padova, all'interno di diverse facoltà e nel corso di alcuni eventi ad alta partecipazione femminile. Un aspetto centrale che è stato sottolineato è l'importanza di includere donne di diversa età – purché maggiorenni – e con storie personali, sessuali e di salute differenti e variegate. Una

versione digitale dei segnalibri è stata pensata per il reclutamento online. L’invito a partecipare allo studio è stato diffuso attraverso la pagina Instagram @padovasexlab, creata dal presente gruppo di ricerca per promuovere la divulgazione e la sensibilizzazione su tematiche inerenti la sessualità e la salute genitale. La diffusione mediante Instagram ha inoltre previsto il coinvolgimento di altre pagine e associazioni interessate alla tematica che si sono mostrate disponibili alla diffusione e pubblicizzazione gratuita dello studio all’interno dei loro profili social. In particolare, il *Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo* – che raccoglie al suo interno pazienti e professioniste/i di tali sindromi sul territorio nazionale – ha contribuito alla sponsorizzazione dello studio tramite la sua pagina Instagram.

Il primo questionario è stato compilato in maniera completa da 2199 donne. Di queste, 1083 (49%) hanno riferito di non provare alcuna forma di dolore vulvare e/o vaginale, pertanto non è stato proposto loro di accedere alla seconda fase dello studio. 341 donne (16%) hanno riferito di provare dolore vulvare, 194 di provare dolore vaginale (9%) e 581 di provare dolore sia vulvare che vaginale (26%). Di queste 1116 donne, 415 hanno accettato di compilare il secondo questionario. Il presente elaborato fa dunque riferimento a un campione finale di 415 donne, di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

**Tabella 1.** Caratteristiche socio-demografiche delle partecipanti che hanno compilato il secondo questionario.

	Partecipanti
<b>Età</b>	
Massima	64
Minima	18
Media	30.4
Dev std	8.2
<b>Nazionalità</b>	
Italiana	409 (98.6%)
Cinese	1 (0.24%)
Rumena	1 (0.24%)
Altro	4 (0.96%)

<b>Genere</b>	
Femminile	407 (98.3%)
Gender-fluid	2 (0.48%)
Non binario	5 (1.2%)
<b>Orientamento sessuale</b>	
Eterosessuale	330 (79.9%)
Omosessuale	6 (1.4%)
Bisessuale	33 (7.9%)
Bicuriosø	21 (5.1%)
Asessuale	2 (0.5%)
Fluidø	8 (1.9%)
Pansessuale	10 (2.4%)
Altro	3 (0.7%)
<b>Religione</b>	
Agnosticø	105 (25.5%)
Ateø	133 (32.4%)
Cristiana	150 (36.5%)
Buddista	4 (1%)
Ebraica	1 (0.2%)
Altro	18 (4.4%)
<b>Istruzione</b>	
Media	5 (1.2%)
Superiore	128 (30.8%)
Triennale	131 (31.6%)
Magistrale	125 (30.1%)
Dottorato	9 (2.2%)
Post-dottorato	2 (0.5%)
Specializzazione	15 (3.6%)

### 3.3 Misure

Le misure che verranno presentate di seguito sono quelle utili agli scopi di questo elaborato. Dal primo questionario sono stati selezionati gli item per misurare la depressione, l'ansia, il dolore, l'eccitazione mentale, la lubrificazione, l'orgasmo e la soddisfazione sessuale. Dal secondo sono stati considerati gli item per misurare la catastrofizzazione del dolore e la reazione percepita del partner. In quanto concetti teorici non misurabili direttamente, depressione, ansia, catastrofizzazione, reazione del partner e dolore sono stati trattati come costrutti latenti, calcolando i *loadings* per ciascun fattore. Nella Tabella 2 sono presentati gli item con i punteggi medi e le deviazioni standard.

*Depressione.* La depressione è stata misurata con 7 domande, selezionate dal *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Spitzer et al., 1999). Come mostrato in Tabella 1, ciascuna fa riferimento alla presenza di sintomi depressivi “nelle ultime 2 settimane”. Un punteggio elevato indica pertanto la presenza di alta depressione. I pesi fattoriali per questo costrutto sono superiori a 0.61 (vedi Figura 1).

*Ansia.* La misurazione dell’ansia si è basata su 7 domande, provenienti dal *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006). Ciascuna domanda fa riferimento alla presenza di sintomi ansiosi “nelle ultime 2 settimane”. Un punteggio elevato sulla presente scala indica pertanto la presenza di elevata ansia. I *factor loadings* per questo costrutto sono superiori a 0.63.

*Catastrofizzazione.* La catastrofizzazione del dolore è stata misurata con 5 domande, riadattate a partire dalla *Pain Catastrophizing Scale* (PCS; Sullivan et al., 1995). Ciascuna domanda fa riferimento alla presenza di tendenze di pensiero catastrofiche relative al dolore genitale. Un punteggio elevato indica quindi la presenza di un’alta catastrofizzazione. I *loadings* per questo costrutto sono superiori a 0.7.

*Reazione del partner.* Con 3 domande è stata misurata la tendenza ad anticipare e catastrofizzare la reazione del partner alla richiesta di interrompere un rapporto sessuale a causa del dolore genitale. Per comodità, definiremo questo costrutto semplicemente come “reazione del partner”. Un punteggio elevato indica la presenza di un’elevata tendenza ad anticipare catastroficamente le reazioni del partner. I *factor loadings* per questo costrutto sono superiori a 0.83.

*Dolore.* Il dolore genitale è stato suddiviso in “spontaneo” e “provocato” e misurato con 3 domande per ciascuna tipologia, con riferimento all’intensità, al fastidio

e allo stress associati al dolore “nelle ultime 2 settimane”. Un punteggio alto indica pertanto elevato dolore genitale spontaneo/provocato. Il loading per “dolore spontaneo” è di 0,68; per “dolore provocato” è di 0.81.

*Eccitazione mentale.* L'eccitazione mentale è stata misurata con 4 domande estratte dalla sottoscala “Arousal” del *Female Sexual Function Inventory* (FSFI; Rosen et al., 2000). Ciascuna domanda fa riferimento alle “ultime 4 settimane”. Un punteggio elevato su questa scala indica un'elevata eccitazione mentale.

*Lubrificazione.* La lubrificazione genitale è stata misurata utilizzando 4 domande della sottoscala “Lubrication” del *Female Sexual Function Inventory* (FSFI; Rosen et al., 2000). Le domande valutano la frequenza e la difficoltà nel raggiungere e mantenere la lubrificazione durante l'attività sessuale con riferimento alle “ultime 4 settimane”. Un punteggio elevato su questa scala indica un'elevata lubrificazione.

*Orgasmo.* Il raggiungimento dell'orgasmo durante i rapporti sessuali è stato indagato con 3 domande della sottoscala “Orgasm” del *Female Sexual Function Inventory* (FSFI; Rosen et al., 2000). Ciascuna domanda fa riferimento alle “ultime 4 settimane”. Un punteggio elevato su questa scala indica un'elevata frequenza dell'orgasmo e facilità a raggiungerlo.

*Soddisfazione sessuale.* La soddisfazione è stata misurata con 3 domande della sottoscala “Satisfaction” del *Female Sexual Function Inventory* (FSFI; Rosen et al., 2000). Le domande indagano la soddisfazione per i rapporti sessuali e la vicinanza emotiva col partner e la vita sessuale in generale con riferimento alle “ultime 4 settimane”. Un punteggio elevato su questa scala indica elevata soddisfazione.



**Tabella 2.** Misure utilizzate, con relative medie, deviazioni standard e numero di risposte.

	<b>MEDIA</b>	<b>DEV STD</b>	<b>N</b>
<b>DEPRESSIONE</b>			
<i>Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso hai provato disagio dovuto a ciascuno dei seguenti problemi?</i>			
<b>“Mai” (0); “Alcuni giorni” (1); “Più della metà dei giorni” (2); “Quasi tutti i giorni” (3)</b>			
<b>DEP1:</b> Scarso interesse o piacere nel fare le cose	1.3783	0.940	415
<b>DEP2:</b> Sentirsi giù	1.6120	0.872	415
<b>DEP3:</b> Sentirsi depressø	1.1422	1.032	415
<b>DEP4:</b> Sentirsi senza speranza	1.0554	1.063	415
<b>DEP5:</b> Avere una scarsa opinione di sé, sentirsi un fallimento o sentire di aver deluso se stesso o i propri familiari	1.3108	1.119	415
<b>DEP6:</b> Difficoltà a concentrarsi su qualcosa (es. leggere, guardare la tv)	1.5542	1.013	415
<b>DEP7:</b> Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male	0.4289	0.789	415
<b>ANSIA</b>			
<i>Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso hai provato disagio dovuto a ciascuno dei seguenti problemi?</i>			
<b>“Mai” (0); “Alcuni giorni” (1); “Più della metà dei giorni” (2); “Quasi ogni giorno” (3)</b>			
<b>ANS1:</b> Sentirsi nervosø, ansiosø o tesø	1.7108	0.847	415
<b>ANS2:</b> Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le proprie preoccupazioni	1.4409	0.961	415
<b>ANS3:</b> Preoccuparsi troppo per più cose diverse	1.4964	0.973	415
<b>ANS4:</b> Avere difficoltà a rilassarsi	1.6988	0.965	415
<b>ANS5:</b> Essere talmente agitatø da far fatica a stare sedutø o fermø	0.6627	0.897	415
<b>ANS6:</b> Infastidirsi o irritarsi facilmente	1.3952	0.878	415
<b>ANS7:</b> Avere paura, come se stesse per accadere qualcosa di terribile	0.9108	0.975	415
<b>CATASTROFIZZAZIONE</b>			
<i>Quando provi dolore genitale, quanto spesso ti capita di pensare che...</i>			
<b>“Mai” (0); “Raramente” (1); “A volte” (2); “Spesso” (3); “Sempre” (4)</b>			
<b>CAT1:</b> ...non ce la posso fare ad andare avanti così	2.4096	1.253	415
<b>CAT2:</b> ...sono senza speranza	1.9566	1.313	415
<b>CAT3:</b> ...non riesco a togliermelo (il dolore) dalla testa	1.9735	1.308	415
<b>CAT4:</b> ...questo dolore non passerà mai	2.3759	1.296	415
<b>CAT5:</b> ...con il tempo il dolore non farà altro che peggiorare	1.6892	1.238	415
<b>REAZIONE DEL PARTNER</b>			
<i>Se fossi costrettø ad evitare, o interrompere, un rapporto a causa del tuo dolore genitale, quanto ti verrebbe da pensare che lo partner...</i>			
<b>“Per niente” (0); “Poco” (1); “Abbastanza” (2); “Molto” (3); “Moltissimo” (4)</b>			
<b>RP1:</b> ...mi lascerà	1.0747	1.278	415
<b>RP2:</b> ...cercherà un'altrø partner sessuale	1.4699	1.412	415
<b>RP3:</b> ...alla fine, si stuferà di me	2.1205	1.383	415
<b>DOLORE GENITALE SPONTANEO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DEV STD</b>	<b>N</b>

<i>Indicare, nell'arco delle ultime due settimane, come valuteresti:</i>			
<b>"Assente" (0); "Basso" (1); "Moderato" (2); "Severo" (3); "Insostenibile" (4)</b>			
<b>SP1: Intensità del dolore genitale spontaneo</b>	1.7641	0.888	284
<b>SP2: Fastidio associato al dolore genitale spontaneo</b>	2.0775	0.894	284
<b>SP3: Stress associato al dolore genitale spontaneo</b>	2.1725	1.003	284
<b>DOLORE GENITALE PROVOCATO</b>			
<i>Indicare, nell'arco delle ultime due settimane, come valuteresti:</i>			
<b>"Assente" (0); "Basso" (1); "Moderato" (2); "Severo" (3); "Insostenibile" (4)</b>			
<b>PR1: Intensità del dolore genitale provocato</b>	1.9201	0.998	363
<b>PR2: Fastidio associato al dolore genitale provocato</b>	2.0909	1.014	363
<b>PR3: Stress associato al dolore genitale provocato</b>	2.1680	1.055	363
<b>ECCITAZIONE MENTALE</b>			
<i>Nelle ultime 4 settimane...</i>			
<b>EM1: ... quanto spesso ti sei sentita eccitata mentalmente durante il rapporto sessuale?</b> <b>"Sempre o quasi sempre" (5); "Più della metà delle volte" (4); "Circa la metà delle volte" (3); "Meno della metà delle volte" (2); "Mai o quasi mai" (1)</b>	3.6871	1.341	294
<b>EM2: ... come valuteresti il tuo livello di eccitazione mentale ("sentirsi eccitata") durante il rapporto sessuale?</b> <b>"Molto alto" (5); "Alto" (4); "Moderato" (3); "Basso" (2); "Molto basso" (1)</b>	3.2687	1.159	294
<b>EM3: ... quanto eri sicura che saresti stata mentalmente eccitata durante il rapporto sessuale?</b> <b>"Estremamente sicura" (5); "Molto sicura" (4); "Abbastanza sicura" (3); "Poco sicura" (2); "Per niente sicura" (1)</b>	2.8265	1.049	294
<b>EM4: ... quanto spesso ti sei sentita soddisfatta del tuo livello di eccitazione sessuale mentale (sentirsi eccitata) durante il rapporto sessuale?</b> <b>"Sempre o quasi sempre" (5); "Più della metà delle volte" (4); "Circa la metà delle volte" (3); "Meno della metà delle volte" (2); "Mai o quasi mai" (1)</b>	3.1599	1.369	294
<b>LUBRIFICAZIONE</b>			
<i>Nelle ultime 4 settimane...</i>			
<b>LUB1: ... quanto spesso ti sei sentita lubrificata (bagnata) durante un rapporto sessuale (senza lubrificante)?</b> <b>"Sempre o quasi sempre" (5); "Più della metà delle volte" (4); "Circa la metà delle volte" (3); "Meno della metà delle volte" (2); "Mai o quasi mai" (1)</b>	2.9558	1.474	294
<b>LUB2: ... quanto è stato difficile essere lubrificata (bagnata) durante un rapporto sessuale (senza lubrificante)?</b> <b>"Impossibile o quasi" (1); "Molto difficile" (2); "Abbastanza difficile" (3); "Poco difficile" (4); "Per niente difficile" (5)</b>	2.9795	1.241	293
<b>LUB3: ... quanto spesso hai mantenuto un livello adeguato di lubrificazione fino alla fine del rapporto sessuale (senza lubrificante)?</b> <b>"Sempre o quasi sempre" (5); "Più della metà delle volte" (4); "Circa la metà delle volte" (3); "Meno della metà delle volte" (2); "Mai o quasi mai" (1)</b>	2.6918	1.486	292
<b>LUB4: ... quanto è stato difficile mantenere un livello di lubrificazione adeguato fino alla fine del rapporto sessuale (senza lubrificante)?</b> <b>"Impossibile o quasi" (1); "Molto difficile" (2); "Abbastanza difficile" (3); "Poco difficile" (4); "Per niente difficile" (5)</b>	2.7397	1.319	292
<b>ORGASMO</b>			
<i>Nelle ultime 4 settimane, durante i rapporti sessuali...</i>			
<b>ORG1: ... quanto spesso hai avuto un orgasmo?</b> <b>"Sempre o quasi sempre" (5); "Più della metà delle volte" (4); "Circa la metà delle volte" (3); "Meno della metà delle volte" (2); "Mai o quasi mai" (1)</b>	3.3878	1.636	294
<b>ORG2: ... quanto è stato difficile avere un orgasmo?</b>	3.0444	1.293	293

<b>“Impossibile o quasi” (1); “Molto difficile” (2); “Abbastanza difficile” (3); “Poco difficile” (4); “Per niente difficile” (5)</b>			
<b>ORG3: ... quanto sei stata soddisfatta della facilità con cui hai raggiunto l'orgasmo?</b>	2.7740	1.416	292
<b>“Molto soddisfatta” (5); “Abbastanza soddisfatta” (4); “Né soddisfatta né insoddisfatta” (3); “Abbastanza insoddisfatta” (2); “Molto insoddisfatta” (1)</b>			
<b>SODDISFAZIONE SESSUALE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DEV STD</b>	<b>N</b>
<i>Nelle ultime 4 settimane...</i>			
<b>SS1: ... quanto ti sei sentita soddisfatta del grado di vicinanza emotiva provata con la partner sessuale durante l'attività sessuale?</b>	3.9932	1.163	294
<b>“Molto soddisfatta” (5); “Abbastanza soddisfatta” (4); “Né soddisfatta né insoddisfatta” (3); “Abbastanza insoddisfatta” (2); “Molto insoddisfatta” (1)</b>			
<b>SS2: ... quanto ti sei sentita soddisfatta della relazione sessuale con la tua partner?</b>	2.6223	2.025	413
<b>“Molto soddisfatta” (5); “Abbastanza soddisfatta” (4); “Né soddisfatta né insoddisfatta” (3); “Abbastanza insoddisfatta” (2); “Molto insoddisfatta” (1); “Non ho mai avuto un rapporto sessuale” (0); “Non ho una partner sessuale” (-1)</b>			
<b>SS3: ... quanto ti sei sentita soddisfatta dalla tua vita sessuale in generale?</b>	2.5676	1.279	414
<b>“Molto soddisfatta” (5); “Abbastanza soddisfatta” (4); “Né soddisfatta né insoddisfatta” (3); “Abbastanza insoddisfatta” (2); “Molto insoddisfatta” (1)</b>			

## CAPITOLO 4. RISULTATI

### 4.1 Analisi dei dati

I dati del presente studio sono stati analizzati mediante un modello di equazioni strutturali (*Structural Equation Modeling, SEM*). Le analisi sono state svolte sui dati di 415 partecipanti (vedi Capitolo 3) che hanno riferito di soffrire di dolore genito-pelvico associato a una o più delle sindromi elencate nel questionario. Il modello è stato testato con due indici di fit per valutarne l'adattamento. Il CFI (*Comparative Fit Index*) è risultato superiore a 0.90 (CFI = 0.9395) e il RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) ha mostrato un valore di 0.0545, pertanto il modello corrisponde bene ai dati osservati. Nei risultati che verranno presentati di seguito, tutti i coefficienti di regressione sono stati standardizzati. Il modello è illustrato in Figura 1.

### 4.2 Factor loadings

Come già anticipato, le variabili di depressione, ansia, catastrofizzazione, reazione del partner e dolore sono state inserite nel modello come costrutti latenti. Ciascun costrutto latente è definito da una serie di indicatori osservabili, che corrispondono alle domande dei nostri questionari. Pertanto, sono stati calcolati i pesi fattoriali (*factor loadings*) per valutare la relazione tra ciascun fattore latente e gli indicatori utilizzati. Tutti i valori dei loadings sono riportati nel grafico del modello (Figura 1).

*Ansia.* Gli indicatori utilizzati per il costrutto dell'ansia sono 7 e corrispondono agli item del primo questionario (vedi Tabella 2). I factor loadings per questo costrutto sono tutti significativi ( $p < 0.0001$ ) e superiori a 0.63, dimostrando quindi una buona correlazione tra gli indicatori e il fattore. Particolarmente elevati sono i pesi fattoriali per

gli indicatori ANS2 (0.89) e ANS3 (0.86), mentre più scarso è quello di ANS5 (0.64), ma rimane comunque accettabile abbinato a tutti gli altri.

*Depressione.* Gli indicatori utilizzati per il costrutto della depressione sono 7 e corrispondono alle domande del questionario presentate nella Tabella 2. Anche i factor loadings per questo costrutto sono tutti significativi ( $p < 0.0001$ ) e soddisfacenti, poiché risultano superiori a 0.61, il che dimostra buona correlazione tra gli indicatori e il fattore.

*Catastrofizzazione.* Gli indicatori utilizzati per il costrutto di catastrofizzazione sono 5 e corrispondono agli item del secondo questionario (vedi Tabella 2). I factor loadings sono ottimi e mostrano tutti un punteggio superiore 0.7, con un livello di significatività inferiore a 0.0001.

*Reazione del partner.* Gli indicatori utilizzati per misurare il costrutto di reazione del partner sono 3 e corrispondono alle domande del secondo questionario presentate nella Tabella 2. I factor loadings sono tutti significativi ( $p < 0.0001$ ) e ben correlati con il fattore, risultando superiori a 0.83. Particolarmente elevato è il peso fattoriale per l'item RP2 (vedi Tabella 2), che mostra la più elevata correlazione con il costrutto (0.94).

*Dolore.* Per questo costrutto sono stati considerati 2 soli indicatori, ovvero la media dei punteggi del “dolore spontaneo” (3 item) e la media dei punteggi del “dolore provocato” (3 item). Le domande da cui sono stati ricavati sono presentate in Tabella 2. I factor loadings sono significativi ( $p < 0.0001$ ) e mostrano una buona correlazione col fattore. Il peso fattoriale per “dolore spontaneo” è di 0,68; quello per “dolore provocato” è di 0,81.

Per quanto riguarda invece la soddisfazione sessuale, l'eccitazione mentale, la lubrificazione e l'orgasmo, questi sono stati inseriti nel modello come variabili osservate,

calcolando quindi il punteggio medio per ciascun costrutto. Medie, deviazioni standard e numerosità sono riportate nella Tabella 2.

### 4.3 Risultati

Come illustrato in Figura 1, il presente elaborato ha focalizzato l'attenzione sul costrutto di catastrofizzazione del dolore, che è stato analizzato sia come variabile dipendente che come variabile indipendente. Il primo obiettivo di questo studio era quello di indagare se la presenza di sintomi ansiosi e depressivi riferiti dalle partecipanti potesse predire punteggi più elevati sulla scala della catastrofizzazione. Dal momento che ansia e depressione risultano spesso interconnesse, è stato incluso nel modello il calcolo della correlazione tra queste due variabili, che è risultato pari a 0.754 ( $p < 0.0001$ ), indicando pertanto la presenza di una buona relazione. Sono stati inclusi anche gli effetti di queste due variabili sulla catastrofizzazione del dolore, per valutare il loro relativo contributo nel predire tale aspetto. Coerentemente con la letteratura e con quanto ipotizzato, entrambi i fattori sono risultati significativamente associati alla catastrofizzazione (vedi Figura 1). L'esame dei pesi  $\beta$  ha infatti indicato che sia l'ansia ( $\beta = 0.272$ ;  $p = 0.0006$ ) che la depressione ( $\beta = 0.231$ ;  $p = 0.0035$ ) hanno contribuito in maniera unica e significativa alla varianza della catastrofizzazione del dolore. La proporzione di varianza spiegata da entrambi i fattori, includendo la ridondanza, è del 22% ( $R^2 = 0.22$ ), il che indica pertanto la presenza di un effetto soddisfacente e conforme con le ipotesi di questo elaborato.

Spostandoci ora nella parte centrale del modello (vedi Figura 1), il secondo obiettivo di questo studio prevedeva di analizzare la relazione tra catastrofizzazione e dolore, con l'ipotesi di trovare un effetto significativo delle cognizioni catastrofiche

sull'intensità del dolore genitale. I nostri risultati confermano quelli riscontrati in letteratura (Benoit-Piau et al., 2018; Chisari e Chilcot, 2016; Desrochers et al., 2009), evidenziando un forte contributo della catastrofizzazione nel predire un maggiore livello di dolore genitale ( $\beta = 0.580$ ;  $p < 0.0001$ ). Infatti, circa il 34% della varianza del dolore genitale è risultato spiegato unicamente dalla catastrofizzazione (vedi Figura 1). Abbiamo inoltre scelto di valutare l'effetto indiretto della catastrofizzazione sul dolore. Più precisamente, il nostro obiettivo era quello di analizzare se la previsione della partecipante di ricevere una reazione negativa alla propria richiesta di interrompere un rapporto sessuale a causa del dolore genitale potesse mediare la relazione tra catastrofizzazione e intensità del dolore. Come si può notare in Figura 1, contrariamente alle nostre ipotesi, non è stata trovata una mediazione significativa, pertanto il ruolo mediatore delle reazioni negative del partner nella relazione tra catastrofizzazione e dolore non è supportato dai nostri dati. Infatti, nonostante la catastrofizzazione risulti significativamente associata alla previsione di ricevere una risposta ostile dal partner ( $\beta = 0.449$ ;  $p < 0.0001$ ) – il che è in linea con i risultati ottenuti da Boothby et al. (2004) – non è stato trovato alcun effetto della reazione del partner sul dolore.

Raggiungendo infine la parte destra del nostro modello, il terzo e ultimo obiettivo del presente studio era quello di indagare l'effetto diretto e indiretto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale. Nello specifico, sono stati presi in considerazione gli aspetti dell'eccitazione mentale, della lubrificazione, dell'orgasmo e della soddisfazione. Per valutare le reciproche relazioni tra i suddetti domini del funzionamento sessuale, sono state incluse nel modello le correlazioni, che risultano significative e abbastanza elevate per ciascuna coppia (vedi Figura 1). In particolare, la relazione più forte è stata riscontrata tra eccitazione mentale e soddisfazione ( $r = 0.585$ ;

$p < 0.0001$ ). Per valutare l'effetto diretto della catastrofizzazione sui quattro aspetti separati del funzionamento sessuale sono state incluse nel modello delle regressioni, tuttavia i risultati non confermano le nostre ipotesi. Infatti, come illustrato in Figura 1, la catastrofizzazione del dolore non è risultata un predittore significativo di nessuno degli esiti correlati all'eccitazione mentale, alla lubrificazione, all'orgasmo e alla soddisfazione sessuale. Tuttavia, nonostante avessimo ipotizzato di trovare un effetto della catastrofizzazione sui domini del funzionamento sessuale considerandoli separatamente, questo risultato è coerente con la letteratura (Davis et al., 2015; Desrochers et al., 2009).

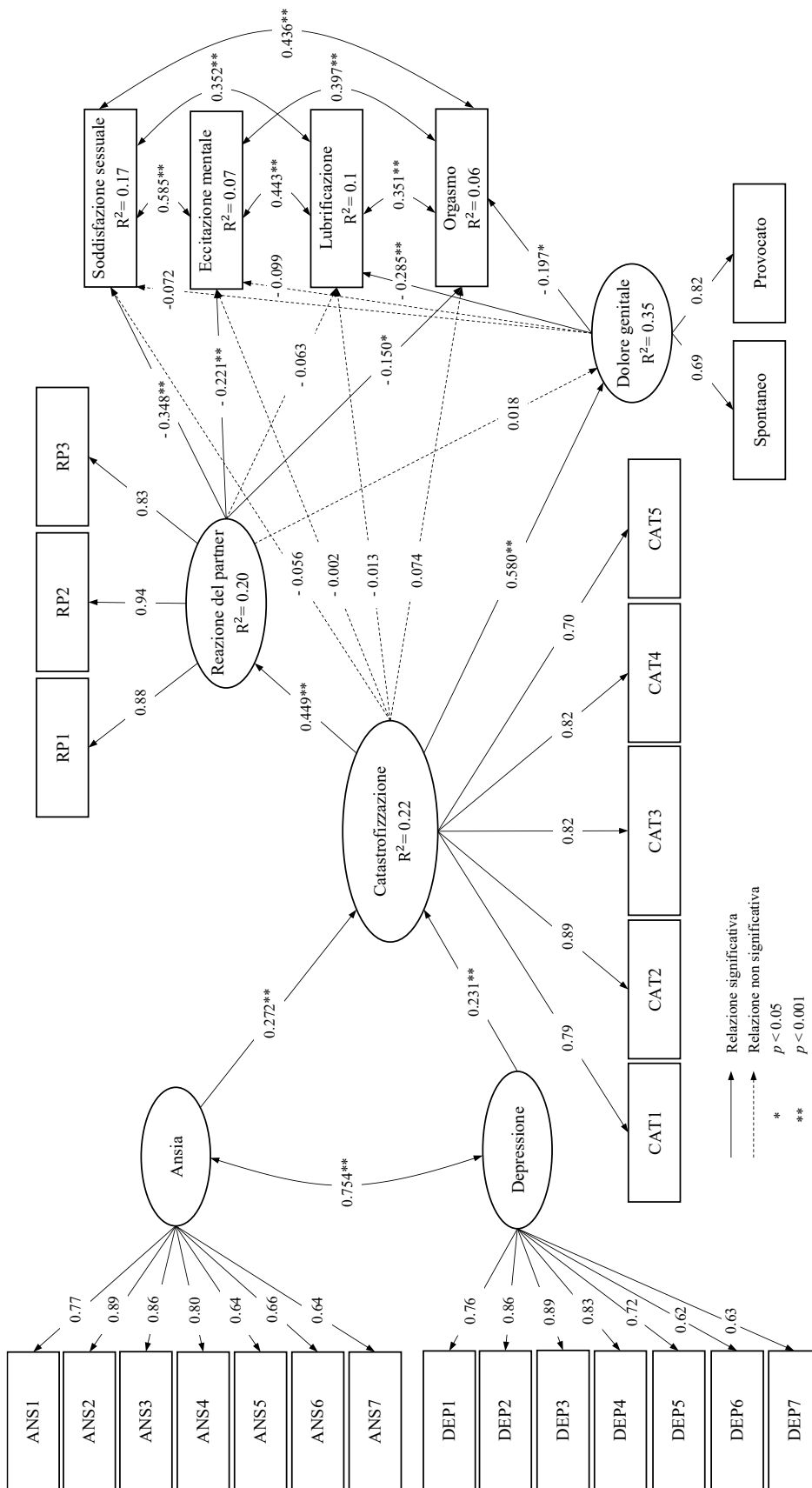
Come prima, è stato valutato anche l'effetto indiretto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale considerando due variabili mediatrici: il dolore e la previsione di ottenere una reazione negativa dal partner. Nel primo caso, il dolore è risultato un mediatore significativo della relazione tra catastrofizzazione, orgasmo e lubrificazione (vedi Figura 1). Infatti, come illustrato precedentemente, la catastrofizzazione è risultata un forte predittore dell'intensità del dolore genitale. Andando a valutare l'effetto del dolore genitale su ciascun dominio del funzionamento sessuale, abbiamo riscontrato un'associazione negativa significativa con l'orgasmo ( $\beta = -0.197; p = 0.0387$ ) e con la lubrificazione ( $\beta = -0.285; p = 0.0023$ ). Pertanto, ciò suggerisce che la catastrofizzazione esercita un effetto indiretto su questi due aspetti del funzionamento sessuale attraverso il suo effetto sul dolore, che risulta più intenso quando la partecipante riporta delle cognizioni catastrofiche. Invece, l'effetto del dolore sull'eccitazione mentale e la soddisfazione non è risultato significativo (Figura 1).

Nel secondo caso, è stato valutato il possibile effetto mediatore della reazione del partner nella relazione tra catastrofizzazione e funzionamento sessuale. Come visto in precedenza, catastrofizzare è significativamente associato alla previsione – da parte della



donna – che il partner risponderà con ostilità alla propria richiesta di interrompere un rapporto sessuale a causa del dolore (vedi Figura 1). L'effetto di questa variabile sul funzionamento sessuale è risultato significativo in tre domini: soddisfazione ( $\beta = - 0.348$ ;  $p < 0.0001$ ), eccitazione mentale ( $\beta = - 0.221$ ;  $p = 0.0007$ ) e orgasmo ( $\beta = - 0.150$ ;  $p = 0.0354$ ). Le nostre ipotesi iniziali sono pertanto parzialmente confermate, poiché risulta che la catastrofizzazione del dolore contribuisce a generare l'anticipazione che il partner risponderà in maniera negativa, contribuendo a sua volta a una più scarsa eccitazione mentale, minore probabilità di raggiungere l'orgasmo e maggiore insoddisfazione. La previsione che il partner reagisca negativamente potrebbe dunque rappresentare il veicolo attraverso il quale la catastrofizzazione ha un effetto su almeno tre aspetti del funzionamento sessuale. Invece, per quanto riguarda la lubrificazione, non è stato trovato alcun effetto di interazione significativo tra catastrofizzazione e reazione del partner.

Figura 1. Modello di equazioni strutturali.



## **CAPITOLO 5. DISCUSSIONE**

Il presente studio ha replicato ed esteso i risultati della letteratura sul ruolo della catastrofizzazione nell'ambito del dolore genito-pelvico femminile. Il campione ha considerato 415 donne che hanno riferito la presenza di sintomi o episodi ricorrenti di dolore genitale associato a una o più sindromi elencate nel questionario (vulvodinia, vaginismo, cistite interstiziale.. etc.). I nostri risultati hanno mostrato un'associazione significativa tra ansia e depressione e catastrofizzazione del dolore, confermando la nostra ipotesi iniziale che la presenza di sintomi ansiosi e depressivi avrebbe predetto una maggiore tendenza alla catastrofizzazione. Coerentemente con le nostre ipotesi, un'associazione significativa è stata anche trovata tra catastrofizzazione e dolore genitale, replicando i risultati della letteratura. D'altra parte, non è stato riscontrato un effetto significativo della catastrofizzazione sui domini del funzionamento sessuale, invalidando quindi l'ipotesi che la tendenza a catastrofizzare avrebbe predetto una più scarsa eccitazione mentale, difficoltà di lubrificazione e orgasmo e minore soddisfazione. Tuttavia, i nostri dati hanno supportato la presenza di un effetto indiretto, evidenziando il ruolo mediatore del dolore e delle reazioni negative del partner nella relazione tra catastrofizzazione e funzionamento sessuale. I presenti risultati hanno quindi confermato parzialmente le nostre ipotesi iniziali, pertanto una discussione più dettagliata degli stessi, delle implicazioni, limiti e sviluppi futuri dello studio sarà fornita nelle prossime sezioni.

### **5.1 Ansia, depressione e catastrofizzazione**

Partendo dalla parte sinistra del nostro modello (vedi Figura 1), i risultati suggeriscono che, nel presente campione di donne con dolore genito-pelvico, la propensione a catastrofizzare il dolore potrebbe essere in parte spiegata dalla presenza di

sintomi ansiosi e depressivi. Questo ha confermato le nostre ipotesi iniziali nonché i risultati presenti in letteratura. Nello specifico, per quanto riguarda l'associazione con la depressione, quest'ultima è stata ampiamente riscontrata nei pazienti che soffrono di dolore cronico (Rogers & Farris, 2022; Jensen et al. 1991). La catastrofizzazione è infatti caratterizzata da sentimenti di impotenza, pessimismo e pensieri ruminativi, molto simili al tipico stile di pensiero depressivo. D'altro canto, lo stesso Albert Ellis (1962) è stato il primo a introdurre il costrutto di catastrofizzazione nella letteratura psicologica delineandolo quale uno stile cognitivo tipico dei pazienti con disturbi depressivi e ansiosi. A tal proposito, è stato discusso in letteratura se la catastrofizzazione sia esclusivamente un sintomo della depressione o rappresenti invece un costrutto correlato ma separato (Geisser et al., 1994; Jensen et al. 1991). Nel loro studio, Geisser e colleghi (1994) suggeriscono che la catastrofizzazione rappresenti un costrutto separato con un significativo effetto sulla percezione del dolore. In particolare, riprendendo il modello di Melzack e Wall (1982), gli autori suggeriscono che la catastrofizzazione eserciterebbe il suo effetto sulla componente valutativa del dolore – che consiste nel significato conferito al dolore e nella valutazione circa la propria capacità di affrontarlo – mentre la depressione influenzerebbe l'aspetto affettivo dell'esperienza dolorosa. Questa interpretazione è coerente con il modello dell'*appraisal*, per cui la catastrofizzazione rappresenterebbe un processo di valutazione negativa del dolore (vedi Capitolo 2). I nostri risultati supportano inoltre la separatezza dei due costrutti, dal momento che abbiamo trovato una moderata associazione significativa che non sembra dunque suggerire l'esistenza di una sovrapposizione concettuale.

I nostri dati hanno mostrato anche una correlazione significativa tra ansia e depressione. Infatti, è molto comune che depressione e ansia si manifestino insieme ed è

stato dimostrato che oltre l'80% delle persone con sintomi depressivi presenta anche manifestazioni significative di tipo ansioso (Tiller, 2013). Data questa correlazione, non è stato sorprendente riscontrare un'associazione significativa anche tra ansia e catastrofizzazione. Come illustrato in Figura 1, circa il 7% della varianza della catastrofizzazione è stato infatti spiegato unicamente dalla presenza di sintomi ansiosi. Pertanto, è possibile che nelle donne con dolore genito-pelvico che catastrofizzano, l'ansia assuma le caratteristiche della paura di non controllare il dolore, di non guarire e di non riuscire a pensare o a fare altro a causa di quest'ultimo (Bergeron et al., 2020).

In sintesi, i presenti risultati supportano la prima ipotesi di questo elaborato, ovvero che la presenza di ansia e depressione avrebbe predetto pensieri e atteggiamenti di catastrofizzazione. Circa il 12% della varianza della catastrofizzazione risulta spiegata dalla presenza di sintomi ansiosi e depressivi, percentuale che sale al 22% includendo anche la ridondanza. Tuttavia, occorre sottolineare che il presente studio non consente di stabilire conclusioni certe di causalità ma soltanto di interpretare, in maniera logica ma ipotetica, la direzionalità delle relazioni. Pertanto, non è possibile affermare che tratti ansiosi e depressivi causino modalità di pensiero catastrofiche, poiché è plausibile anche una conclusione direzionalmente opposta. Questi risultati sono comunque importanti per le loro implicazioni cliniche, poiché suggeriscono la possibilità di intervenire sull'ansia e la depressione – e quindi anche sulla catastrofizzazione – con approcci psicologici specifici e orientati come la terapia cognitivo-comportamentale (Bergeron et al., 2020).

## **5.2 Catastrofizzazione e dolore genito-pelvico**

Guardando adesso la parte centrale del nostro modello, si può osservare come la catastrofizzazione giochi un ruolo importante nell'esacerbazione dell'esperienza di

dolore delle partecipanti allo studio. I presenti risultati sono in accordo con altri studi svolti su donne con dolore genito-pelvico (Benoit-Piau et al., 2018; Chisari e Chilcot, 2016; Desrochers et al., 2009) ma anche con ricerche su pazienti affetti da sindromi croniche quali fibromialgia (Gracely et al., 2004), lombalgia od osteoartrite (Keefe et al., 2000). L'associazione tra catastrofizzazione e dolore genito-pelvico può essere interpretata alla luce dei modelli analizzati nel secondo capitolo di questo elaborato. Ad esempio, seguendo il *Modello dell'attenzione* (Eccleston et al., 1999), è possibile che la catastrofizzazione amplifichi significativamente la percezione dolorifica attraverso un bias attentivo esagerato verso il dolore genitale e ogni situazione in grado di procurarlo. Tuttavia, la catastrofizzazione potrebbe anche esitare da un processo di valutazione negativa del dolore, che porta la donna a mettere in atto strategie di coping disadattive – come l'evitamento – che contribuiscono a causare un progressivo aumento del dolore (Severeijns et al., 2004; Crombez et al., 2012). È possibile dunque che ciascuno dei modelli presentati offra una convincente spiegazione di come la catastrofizzazione abbia un'influenza significativa sul dolore.

Alla luce di tale aspetto, è di fondamentale importanza privilegiare sempre un approccio personalizzato e diretto all'ascolto della paziente, per comprendere quali siano i meccanismi cognitivi e affettivi sui quali lavorare da un punto di vista psicologico. I programmi basati sulla mindfulness – che hanno dimostrato la loro efficacia in diverse condizioni di dolore persistente – si sono in tal senso rivelati particolarmente utili per le donne con dolore genito-pelvico. Ad esempio, Brotto e colleghi (2013) hanno sviluppato una terapia cognitivo-comportamentale basata sulla mindfulness, pensata per aiutare le pazienti con PVD ad affrontare i pensieri problematici, rilassarsi e conoscere e comprendere meglio le cause e manifestazioni del dolore. Questo approccio si è rivelato

utile nel migliorare la qualità di vita e ridurre il dolore genitale, apportando dei miglioramenti significativi nella catastrofizzazione e nell'ipervigilanza mantenuti anche a distanza di 6 mesi (Brotto et al., 2013).

Il dolore genitale influenza significativamente l'intimità di coppia ed è spesso esacerbato dai rapporti sessuali, soprattutto nel caso di vestibolodinia provocata (PVD) (Desrochers et al., 2010; Bergeron et al., 2011). Pertanto, era nostro obiettivo valutare se le reazioni percepite del partner potessero mediare la relazione tra catastrofizzazione e dolore. Nel secondo questionario, abbiamo infatti chiesto alle partecipanti di indicare quanto fossero propense a pensare che il partner, in caso di interruzione di un rapporto a causa dell'eccessivo dolore, avrebbe reagito in maniera ostile. La nostra ipotesi era che un'elevata tendenza alla catastrofizzazione avrebbe contribuito a generare nelle donne tale anticipazione negativa, che a sua volta avrebbe contribuito ad aumentare l'intensità percepita del dolore stesso. Tuttavia, il ruolo mediatore di tale variabile non è supportato dai dati ottenuti, pertanto le nostre previsioni iniziali non sono state confermate.

La Figura 1 mostra effettivamente la presenza di un'associazione significativa tra la catastrofizzazione e la previsione di ricevere una risposta ostile dal partner. Infatti, le partecipanti che hanno mostrato livelli elevati di pensiero catastrofico hanno anche riferito di possedere la convinzione che se avessero chiesto al proprio partner di interrompere un rapporto a causa del dolore, questi si sarebbe stufato di loro, le avrebbe lasciate o avrebbe cercato un'altra partner sessuale. Questo risultato può essere interpretato alla luce del fatto che la catastrofizzazione si caratterizza per un visione pessimistica e irrazionalmente negativa relativa al dolore e alla sue conseguenze future. Pertanto, non sorprende che a tale atteggiamento si associ anche la tendenza ad anticipare negativamente quella che sarà la reazione del partner a qualunque richiesta abbia a che

fare con il dolore. Inoltre, il presente risultato può essere ritenuto coerente con quello di Boothby e colleghi (2004), che aveva riscontrato un'associazione significativa tra la catastrofizzazione e la percezione di ricevere delle risposte ostili e negative da parte del partner. La differenza rispetto a quest'ultimo è che nella nostra ricerca le risposte del partner sono state indagate in maniera ipotetica, ovvero chiedendo alle partecipanti di immaginare come il loro compagno avrebbe reagito in una determinata situazione.

Nonostante il riscontro di quest'associazione significativa, non è stata invece trovata alcuna relazione tra l'anticipazione negativa delle risposte del partner e l'intensità del dolore genitale, il che non supporta l'ipotesi della mediazione. È possibile che il mancato riscontro di questa associazione – che è invece presente in più studi della letteratura (Rosen et al., 2010; 2012; Desrosiers et al., 2008) – sia dovuto al fatto che nella presente ricerca le risposte del partner sono indagate in relazione al dolore durante i rapporti sessuali. Alle partecipanti viene infatti chiesto di fare riferimento a situazioni in cui la sessualità di coppia viene ostacolata dal dolore e le risposte del partner vengono quindi esplorate con riferimento solo a questa eventualità specifica. Pertanto, queste risposte negative non sembrerebbero associate a un peggioramento del dolore genitale, ma è possibile che ciò sia dovuto al fatto che il dolore genito-pelvico non si traduce esclusivamente né necessariamente in dolore sessuale.

### **5.3 Catastrofizzazione e funzionamento sessuale**

Il terzo e ultimo obiettivo del presente elaborato era quello di valutare l'associazione tra catastrofizzazione e funzionamento sessuale, andando a indagare se la tendenza a catastrofizzare il dolore potesse influenzare negativamente gli aspetti legati all'eccitazione mentale, alla lubrificazione, all'orgasmo e alla soddisfazione della donna.



Rispetto ai precedenti studi (Anderson et al., 2016; Davis et al., 2015; Lemieux et al. 2013; Desrochers et al., 2009), abbiamo scelto di non utilizzare il punteggio globale ottenuto all'FSFI, ma di considerare quello totalizzato nei quattro domini del funzionamento sessuale di nostro interesse. Infatti, il *Female Sexual Function Inventory* misura il funzionamento sessuale in sei diversi domini – compreso il dolore stesso – pertanto prendere in considerazione il punteggio totale ottenuto potrebbe portare a risultati confondenti e far perdere informazioni importanti circa l'effetto specifico di una variabile su un particolare aspetto della risposta sessuale. Abbiamo inoltre scelto di valutare sia l'effetto diretto che indiretto della catastrofizzazione, ipotizzando che quest'ultima potesse influenzare la funzione sessuale anche attraverso il suo effetto sul dolore e sulle reazioni percepite del partner.

Nonostante le nostre previsioni, il modello non ha evidenziato alcun effetto diretto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale. I risultati mostrano che né l'eccitazione mentale, né la lubrificazione e l'orgasmo, né la soddisfazione vengono significativamente influenzati dalla catastrofizzazione del dolore. Questo risultato non è in realtà sorprendente, dal momento che anche altri studi sul tema non hanno riscontrato un'associazione significativa (Davis et al., 2015; Desrochers et al., 2009). È quindi possibile concludere che, anche considerando separatamente ciascun dominio del funzionamento sessuale, la catastrofizzazione non rappresenta un predittore sufficientemente forte di tale aspetto. Ciò suggerisce la possibilità che vi siano altri fattori con una più forte correlazione con la funzione sessuale rispetto alla catastrofizzazione. Ad esempio, sia Desrochers (2009) e Davis (2015) che Woby e colleghi (2007) indicano l'autoefficacia quale fattore fortemente associato al funzionamento sessuale rispetto alle variabili cognitive e di paura-evitamento. Inoltre, la comunicazione nella coppia, così

come il desiderio di mantenere l'intimità con il proprio partner, potrebbero rappresentare una motivazione più forte a continuare ad avere rapporti sessuali rispetto alla volontà di evitarli, elicitata dalla catastrofizzazione (Chisari et al., 2021). Comunicare con il proprio partner e ricercare insieme delle modalità alternative e accettabili di godere della sessualità potrebbe dunque compensare l'effetto potenzialmente negativo della catastrofizzazione, che quindi non rappresenterebbe più un fattore rilevante.

Se è vero che questi e altri fattori possono influenzare il funzionamento sessuale più fortemente della catastrofizzazione, è anche possibile che quest'ultima eserciti un suo effetto negativo di tipo indiretto attraverso la mediazione di altre variabili. Nel presente elaborato è stato infatti ipotizzato che la catastrofizzazione influenzasse il funzionamento sessuale attraverso il suo effetto sul dolore e sull'anticipazione delle reazioni del partner. L'ipotesi di mediazione che la tendenza a catastrofizzare sia associata a peggiori esiti sessuali attraverso il suo effetto sul dolore è stata parzialmente supportata dai nostri dati. Il dolore è risultato un mediatore significativo della relazione tra catastrofizzazione, orgasmo e lubrificazione. Ciò conferma parzialmente le nostre ipotesi poiché indica che il dolore, la cui intensità aumenta e peggiora con la catastrofizzazione, influenza negativamente almeno due domini del funzionamento sessuale femminile. In particolare, la lubrificazione vaginale consiste in una risposta fisiologica complessa mediata da una moltitudine di fattori, quali fenomeni ormonali, biochimici e neuro-vascolari, che possono risultare anomali e alterati nelle donne con dolore genito-pelvico ed essere essi stessi causa e conseguenza del dolore (Graziottin et al., 2007). Non stupisce pertanto che questa sia influenzata negativamente dal dolore durante i rapporti sessuali. È possibile invece che l'eccitazione mentale e la soddisfazione non siano direttamente colpite dal dolore poiché legate ad aspetti più affettivi e interpersonali, come la relazione col partner,

la comunicazione di coppia e l'intimità. Il fatto che l'orgasmo sia negativamente influenzato dal dolore mentre la soddisfazione no, denota sicuramente un fenomeno complesso. È infatti intuibile che provare dolore ai genitali durante i rapporti possa limitare, se non impedire, la possibilità di avere un orgasmo. Tuttavia, è importante sottolineare che la soddisfazione sessuale femminile non è necessariamente vincolata al raggiungimento dell'orgasmo, pertanto questo potrebbe spiegare la differenza di tale impatto sui due aspetti della risposta sessuale.

I nostri risultati suggeriscono anche l'esistenza di un effetto indiretto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale quando si considera il ruolo mediatore della reazione del partner all'interno di tale relazione. L'effetto negativo di questa variabile è risultato significativo sui domini della soddisfazione, dell'eccitazione mentale e dell'orgasmo, confermando quasi del tutto quanto avevamo previsto inizialmente. Nella letteratura sul dolore genito-pelvico è stata riscontrata più volte un'associazione negativa tra risposte ostili del partner e soddisfazione sessuale, indicando come la messa in atto di atteggiamenti negativi, poco empatici o rabbiosi diminuisca significativamente la soddisfazione sessuale e relazionale percepita dalla donna (Rosen et al., 2012; Desrosiers et al., 2008). Nel nostro studio, come già detto in precedenza, le risposte del partner sono però indagate attraverso la prospettiva della partecipante, chiedendole solo di immaginare quale sarebbe stata la sua reazione alla richiesta di interrompere un rapporto sessuale a causa del dolore. Non stupisce pertanto che una previsione negativa sia associata a una più scarsa soddisfazione. Infatti, è probabile che pensare di poter essere lasciate o sostituite a causa della propria malattia possa spingere molte donne a non comunicare col proprio partner e perseverare in rapporti dolorosi e altamente insoddisfacenti.

Per quanto riguarda gli altri domini del funzionamento sessuale, in letteratura non è mai stato riscontrato un effetto significativo delle risposte del partner su tali aspetti. Le nostre analisi hanno invece indicato la presenza di un'associazione tra reazioni negative del partner e una più scarsa eccitazione mentale e maggiore difficoltà nel raggiungere l'orgasmo. Probabilmente, questo effetto è stato riscontrato poiché le risposte del partner non sono state indagate con riferimento al dolore in generale – come hanno fatto Rosen e colleghi (2012; 20120) e Desrosiers e colleghi (2008) – ma specificamente in relazione alla sessualità. Nel nostro studio, è infatti emerso che anche solo pensare o anticipare che il partner sia ostile alla possibilità di interrompere o evitare un rapporto sessuale contribuisce a diminuire l'eccitazione mentale sperimentata dalla donna e il raggiungimento dell'orgasmo. Ciò suggerisce dunque che il funzionamento sessuale può essere effettivamente influenzato dal modo in cui il partner risponde al dolore, ma il ruolo di quest'ultimo necessita di essere indagato con specifico riferimento alla vita sessuale della coppia. La lubrificazione genitale non risulta invece associata in modo significativo a tale variabile né, indirettamente, alla catastrofizzazione. Si tratta perciò dell'unico ambito del funzionamento sessuale sul quale non è stato trovato un effetto significativo. Come prima, è possibile che trattandosi di una risposta fisiologica complessa, questa non venga direttamente influenzata da fattori cognitivo-affettivi e relazionali, come la relazione col partner e la catastrofizzazione. In ogni caso, ulteriori approfondimenti sul tema potrebbero essere utili a comprendere meglio la relazione tra questi aspetti e la risposta sessuale.

È possibile dunque concludere che la catastrofizzazione esercita un effetto indiretto sul funzionamento sessuale delle donne con dolore genito-pelvico. La previsione che il partner reagisca in maniera ostile e negativa sembra rappresentare un possibile

veicolo attraverso il quale tale effetto si manifesta. I nostri dati non permettono tuttavia di sapere se tale previsione consista in una manifestazione “sintomo” della catastrofizzazione oppure se sia basata sui comportamenti del partner stesso e sul paragone con situazioni simili o precedentemente accadute. I nostri dati indicano infatti che le partecipanti che catastrofizzano tendono a pensare che il proprio partner reagirà negativamente al loro dolore qualora questo interferisca con la loro vita sessuale. È probabile che tale anticipazione sia proprio dettata dall’atteggiamento profondamente pessimistico e irrazionalmente negativo tipico della catastrofizzazione, che diventa uno stile di pensiero che si estende al di là del dolore stesso. Tuttavia, è anche possibile che pensieri ed espressioni di catastrofizzazione elicitino in chi vi sta accanto – e in questo caso nel partner – dei veri e propri comportamenti ostili e negativi. Ad esempio, Boothby e colleghi (2004) hanno riscontrato tale associazione nel loro studio, per cui in condizioni di dolore cronico e persistente, gli altri significativi possono risultare irritati o frustrati dalle espressioni di dolore del paziente e non tentano più di supportarlo.

Questi risultati mettono ancora una volta in evidenza la necessità di una presa in carico psicologica e sessuologica delle donne con dolore genito-pelvico. Con ciò non intendiamo affermare che soffrire di una condizione associata a dolore genitale implichi necessariamente il ricorso a professionisti della salute mentale o a sessuologi, dal momento che la storia di ciascuna donna – e la sua esperienza di malattia – è unica e in quanto tale va considerata. Tuttavia, quando sono presenti significativi sintomi depressivi e ansiosi, atteggiamenti di catastrofizzazione e un dolore così forte da limitare gravemente la vita quotidiana e sessuale delle pazienti, il beneficio di un intervento professionale di tipo psicologico, psicoterapico o sessuologico risulta notevole (Bergeron et al., 2014). Come già detto, tra i principali interventi pensati per donne con dolore vulvovaginale che

presentano tassi elevati di catastrofizzazione e disfunzione sessuale, vi sono la terapia cognitivo-comportamentale, gli interventi di mindfulness e biofeedback (Bergeron et al., 2014; Brotto et al., 2013). Sebbene questi approcci si siano rivelati efficaci nel ridurre il dolore e i livelli di catastrofizzazione, non hanno apportato dei benefici altrettanto rilevanti alla sessualità delle pazienti, che è rimasta a livelli clinicamente rilevanti per la disfunzione sessuale. Come suggerito da Bergeron e colleghi (2014), ciò potrebbe essere dovuto al mancato coinvolgimento del partner nell'ottica di un intervento di coppia. Infatti, di fronte a una condizione che si accompagna a una significativa compromissione sessuale, è prevedibile aspettarsi anche un certo grado di difficoltà relazionali, che dovrebbero pertanto essere affrontate nell'ambito di una terapia di coppia (Chisari et al., 2020). I nostri dati supportano l'importanza di tale aspetto, poiché è proprio l'anticipare la possibilità di ottenere una risposta ostile dal partner a influire negativamente sul funzionamento sessuale delle partecipanti. Pertanto, oltre alla ristrutturazione dei pensieri catastrofici, è importante coinvolgere entrambi i membri della coppia con l'obiettivo di favorire l'apprendimento di abilità comunicative più efficaci e aiutarli a rieducarsi a una modalità di vivere la sessualità più accettabile e compatibile con le esigenze imposte dalla malattia.

#### **5.4 Limiti e sviluppi futuri**

Nonostante le interpretazioni fornite nella discussione, è importante sottolineare che questo studio presenta anche diverse limitazioni, ciascuna delle quali suggerisce possibili direzioni per la ricerca futura. Un primo limite è relativo al campione considerato. Per gli scopi della nostra ricerca, abbiamo selezionato le 415 partecipanti che hanno compilato in maniera completa sia il primo che il secondo questionario, riferendo sintomi di dolore genito-pelvico. Si tratta dunque di un campione non clinico, poiché le

partecipanti non sono state reclutate sulla base di una diagnosi medica accertata bensì hanno semplicemente auto-riferito la presenza di dolore genitale ai nostri questionari. Tale aspetto non garantisce pertanto una totale generalizzabilità dei risultati a un campione di tipo clinico. I questionari sono inoltre scritti in lingua italiana, fattore che ha quindi impedito la partecipazione di donne prive di una buona comprensione dell'italiano scritto, con una conseguente scarsa eterogeneità etnica e culturale del campione. Tuttavia, occorre sottolineare che pochissimi studi in letteratura offrono la possibilità di un assessment multilingue. Infine, la modalità di compilazione era esclusivamente online, pertanto il possesso di un dispositivo elettronico era mandatorio per la partecipazione. Questo potrebbe dunque aver impedito ad alcune donne – specialmente di fascia d'età più elevata – di accedere allo studio, in quanto con maggiore probabilità non provviste di tali dispositivi.

Un altro aspetto che può essere evidenziato quale limite è il fatto che i dati sono stati raccolti mediante misure self-report. L'utilizzo di strumenti di auto-valutazione è molto diffuso in psicologia e porta con sé il vantaggio di essere facile ed economico e di consentire la raccolta di informazioni personali dalla prospettiva della partecipante. Tuttavia, tali misure presentano naturalmente alcuni pregiudizi intrinseci, quali la capacità introspettiva, la desiderabilità sociale e il ricordo retrospettivo. Le partecipanti potrebbero pertanto rispondere alle domande in modo poco veritiero per mancanza di consapevolezza, per un bias di desiderabilità sociale o perché hanno compreso o interpretato erroneamente ciò che veniva loro chiesto. In ogni caso, è opportuno sottolineare che in un simile contesto di indagine, dove i costrutti analizzati fanno riferimento ad aspetti strettamente personali quali la sessualità e il dolore vulvo-vaginale,

non è facile trovare appropriate soluzioni alternative e l'autocompilazione rimane pertanto lo strumento più adeguato e accessibile.

Un terzo limite di questo studio è che la natura trasversale e correlazionale del disegno di ricerca non consente di stabilire inferenze causali. Il presente elaborato ha ipotizzato delle direzioni di causalità, ma è importante considerare che il dolore e la compromissione del funzionamento sessuale possono essi stessi portare a una maggiore catastrofizzazione, ostilità del partner, ansia e depressione. È più probabile, anzi, che vi sia una relazione bidirezionale tra fattori psicologici, dolore e risposta sessuale, per cui l'impatto della catastrofizzazione su tali aspetti potrebbe essere concettualizzato come parte di un circuito di feedback che si auto-alimenta. Uno studio longitudinale con più misurazioni potrebbe chiarire meglio la direzionalità di tali relazioni.

Un altro elemento da considerare riguarda la lunghezza dei questionari. Questo aspetto presenta vantaggi e svantaggi, poiché è indice di un approfondimento minuzioso degli argomenti affrontati ma potrebbe al tempo stesso sovraccaricare l'attenzione delle partecipanti. Infatti, la compilazione del primo e del secondo questionario insieme richiede un tempo di circa 30 minuti, che potrebbe aver scoraggiato alcune persone e averle portate ad abbandonare la compilazione. Potrebbe pertanto essere utile, in futuro, chiedere alle partecipanti di valutare l'adeguatezza dei questionari in merito a tale aspetto, provvedendo nel caso a un loro alleggerimento.

Infine, è importante considerare che la presente ricerca non è stata specificamente condotta per indagare la catastrofizzazione del dolore e i suoi effetti, ma piuttosto per ricavare una panoramica complessiva sull'esperienza della salute genitale e del dolore e sui fattori psicologici e sociali associati. Pertanto, la misurazione di alcune variabili



potrebbe risultare più approssimativa e sommaria. Ad esempio, il costrutto centrale del presente elaborato – la catastrofizzazione – è indagato con 5 domande, mentre nella gran parte degli studi in letteratura viene misurato utilizzando l'intera batteria di item della *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). Durante la costruzione dei questionari, abbiamo scelto di selezionare cinque domande dalla presente scala che ritenevamo il più complete e approfondite possibile, tuttavia per un'analisi più accurata e dettagliata di tale aspetto potrebbe essere importante l'utilizzo dell'intera scala. Inoltre, in un futuro sviluppo della presente ricerca sarebbe utile e interessante approfondire meglio le risposte del partner. Infatti, le nostre attuali domande indagano esclusivamente le previsioni e percezioni delle partecipanti rispetto alle reazioni del partner, che potrebbero essere dettate da situazioni effettivamente accadute ma anche solo dal comportamento di catastrofizzazione. Pertanto, somministrare un questionario anche ai partner stessi, valutando le loro effettive risposte con riferimento a specifiche situazioni accadute, potrebbe essere utile per comprendere meglio tale aspetto.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Giunti al termine di questo elaborato, si possono trarre alcune considerazioni conclusive alla luce di quanto esposto finora. Il presente studio si è posto l'obiettivo di indagare il fenomeno del dolore genito-pelvico femminile adottando una prospettiva psicologica, incentrata sulle cognizioni legate al dolore e sul modo in cui queste influenzano la salute fisica e mentale. La nostra ricerca ha fornito un'importante base di conoscenza sul tema della catastrofizzazione nelle donne che soffrono di vulvodinia, vaginismo, dispareunia, e altre sindromi associate a dolore genitale di tipo cronico. I dati raccolti hanno offerto un'ampia e interessante panoramica circa gli effetti di queste cognizioni sul dolore e sul funzionamento sessuale femminile, sottolineando inoltre l'impatto del contesto relazionale in tale esperienza. La relazione tra dolore cronico e catastrofizzazione è un tema ampiamente studiato in psicologia e il presente elaborato ha confermato ed esteso gli attuali risultati presenti nella letteratura scientifica. Dai dati presentati nei precedenti capitoli, si evince che alla base della catastrofizzazione del dolore sono presenti sintomi ansiosi e depressivi. Il sentirsi senza speranza e incapaci di reagire al dolore, vissuto come invincibile e inguaribile, è infatti associato a una maggiore probabilità di riportare ansia e depressione. La catastrofizzazione ha inoltre un impatto diretto sul dolore: le donne che riportano pensieri catastrofici risultano percepire una più forte intensità del dolore stesso, nonché un maggiore fastidio e stress associati. Ciò sottolinea la necessità di una presa in carico psicologica per chi soffre di tali disturbi, che non possono pertanto essere curati esclusivamente da un punto di vista medico-biologico. Patologie come la vulvodinia sono infatti caratterizzate da un dolore fisico che transita e

si trasforma in un dolore emotivo, affettivo e relazionale, che necessita di essere accolto e ascoltato da appositi professionisti della salute mentale.

La nostra ricerca ha sottolineato anche l'impatto della catastrofizzazione sul funzionamento sessuale. Non abbiamo ottenuto risultati a supporto dell'esistenza di un effetto diretto, ma la catastrofizzazione risulta influenzare indirettamente l'eccitazione mentale, la lubrificazione, l'orgasmo e la soddisfazione attraverso il suo effetto sul dolore e sull'anticipazione delle reazioni del partner. Di nuovo, questi risultati confermano la necessità – ribadita in più studi della letteratura (Torres-Cueco & Nohales-Alfonso, 2021; Bergeron et al., 2020; Dewitte et al., 2018) – di privilegiare un approccio multidisciplinare, che preveda anche la possibilità di una terapia sessuologica e di coppia. Il modo in cui il partner risponde al dolore e come la donna anticipa e percepisce queste risposte influenza significativamente la vita sessuale della coppia, che deve quindi essere aiutata a gestire le sfide imposte dal dolore genitale cronico.

L'obiettivo del nostro studio è stato dunque quello di ampliare i risultati della letteratura sul dolore cronico, confermando la catastrofizzazione quale fattore con un ruolo centrale nel dolore genito-pelvico femminile. La scelta di focalizzarci su tale elemento ha permesso di mettere in evidenza gli aspetti biologici, emotivi, cognitivi e relazionali di questo dolore, gettando luce sulla necessità e l'urgenza che tali sindromi vengano finalmente riconosciute e tolte dall'invisibilizzazione a cui la scienza medica e la società le ha relegate per molto tempo. Le limitazioni del presente studio, esposte nell'ultimo capitolo, devono essere considerate quali suggerimenti utili a indirizzare la ricerca futura. Come obiettivo sul lungo periodo vi è pertanto la necessità di ulteriori approfondimenti allo scopo di confermare o smentire i risultati ottenuti, arricchendo la

comprensione di tale complesso fenomeno e incoraggiando la realizzazione di percorsi di cura adeguati, accessibili e ufficialmente riconosciuti.

## BIBLIOGRAFIA

- Alappattu, M. J., Bishop, M. D. (2011). Psychological Factors in Chronic Pelvic Pain in Women: Relevance and Application of the Fear-Avoidance Model of Pain. *Physical Therapy, 91(10)*.
- Amalraj, P., Kelly, S., & Bachmann, G. A. (2009). Historical perspective of vulvodynia. *Female sexual pain disorders*, 1-3.
- Anderson, A. B., Rosen, N. O., Price, L., Bergeron, S. (2016). Associations Between Penetration Cognitions, Genital Pain, and Sexual Well-being in Women With Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine, 13(3)*, 444–452.
- Andrews, J. C. (2011). Vulvodynia interventions—systematic review and evidence grading. *Obstetrical & gynecological survey, 66(5)*: 299-315.
- Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Rosen, R., & Rhoads, G. G. (2007). Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study. *American journal of obstetrics and gynecology, 196(2)*: 128-e1.
- Arnow, B. A., Blasey, C. M., Constantino, M. J., Robinson, R., Hunkeler, E., Lee, J., Fireman, B., Khaylis, A., Feiner, L., Hayward, C. (2011). Catastrophizing, depression and pain-related disability. *General hospital psychiatry, 33(2)*, 150-156.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schultz, W. W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine, 1(1)*: 40-48.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.

- Benoit-Piau, J., Bergeron, S., Brassard, A., Dumoulin, C., Khalife, S., Waddell, G., & Morin, M. (2018). Fear-avoidance and pelvic floor muscle function are associated with pain intensity in women with vulvodynia. *Clinical Journal of Pain, 34*(9), 804–810.
- Bergeron, S., Reed, B. D., Wesselmann, U., Bohm-Starke, N. (2020). Vulvodynia. *Nature Reviews, 6*(36).
- Bergeron, S., Likes, W. M., & Steben, M. (2014). Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynecology, 28*(7): 991-999.
- Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain, 152*(6), 1223-1225.
- Bergeron, S., Khalifé, S., Glazer, H. I., & Binik, Y. M. (2008). Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half-year follow-up and predictors of outcome. *Obstetrics & Gynecology, 111*(1): 159-166.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Overduin, L. Y., Ward, L. C. (2004). Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain, 109*: 500-506.
- Brotto, L. A., Basson, R., Carlson, M., & Zhu, C. (2013). Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy, 28*(1-2): 3-19.
- Buenaver, L. F., Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. (2007). Pain-related Catastrophizing and Perceived Social Responses: Inter-relationships in the Context of Chronic Pain. *Pain, 127*(3): 234–242.

- Burri, A., Hilpert, P., Williams, F. (2019). Pain Catastrophizing, Fear of Pain, and Depression and Their Association with Female Sexual Pain. *Journal of Sexual Medicine*: 1-10.
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: The moderating role of pain duration. *Pain*, 110: 656-664.
- Chisari, C., Monajemi, M. B., Scott, W., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2021). Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *European Journal of Pain*, 25(1), 39-50.
- Chisari, C., Chilcot, J. (2016). The experience of pain severity and pain interference in vulvodynia patients: The role of cognitive-behavioural factors, psychological distress and fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 93: 83-89.
- Corsini-Munt, S., Bergeron, S., Rosen, N. O., Beaulieu, N., & Steben, M. (2017). A dyadic perspective on childhood maltreatment for women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with pain and sexual and psychosocial functioning. *The Journal of Sex Research*, 54(3): 308-318.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J.W.S., Karoly, P. (2012). Fear-Avoidance Model of Chronic Pain The Next Generation. *Clinical Journal of Pain*, 28(6).
- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *Bmj*, 338.
- Davis S., Bergeron, S., Bois, K., Sadikaj, G. Binik, Y. M., Steben, M. (2015). A prospective two-year examination of cognitive and behavioral correlates of provoked vestibulodynia outcomes. *Clinical Journal of Pain*, 31(4), 333–341.

Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2010). Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behaviour research and therapy*, 48(2): 106-115.

Desrochers, G., Bergeron, S., Khalife', S., Dupuis, M. J., Jodoin, M. (2009). Fear Avoidance and Self-efficacy in Relation to Pain and Sexual Impairment in Women With Provoked Vestibulodynia. *Clinical Journal of Pain*, 25: 520–527.

Desrosiers M, Bergeron S, Meana M, Leclerc B, Binik YM, Khalife S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *Journal of Sexual Medicine*, 5: 418–27.

Dewitte, M., Borg, C., Lowenstein, L. (2018). A psychosocial approach to female genital pain. *Nature Reviews. Urology*, 15.

Dewitte, M., Van Lankveld, J., & Crombez, G. (2011). Understanding sexual pain: a cognitive-motivational account. *PAIN*, 152(2): 251-253.

Eccleston C, Crombez G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125: 356–66.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129 –136.

Fordyce WE. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. *St. Louis: Mosby*

Gatchel, R. J., Bo Peng, Peters, M. L., Fuchs, P. N., Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4): 581-624.



Gates, E. A., & Galask, R. P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4): 221-228.

Geisser, M. E., Robinson, M. E., Keefe, F. J., & Weiner, M. L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59(1), 79-83.

Goldstein, A. T. (2021). *Female Sexual Pain Disorders Evaluation and Management. Second Edition*. Wiley-Blackwell.

Gómez, I., Coronado, P. J., Martín, C. M., Alonso, R., & Guisasola-Campa, F. J. (2019). Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 121-124.

Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *Journal of sex & marital therapy*, 29(sup1): 45-58.

Gracely, R.H., Geisser, M.E., Giesecke, T., Grant, M.A., Petzke, F., Williams, D.A. et al (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127: 835-843.

Granot, M., Lavee, Y. (2005). Psychological Factors Associated with Perception of Experimental Pain in Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31: 285–302.

Graziottin, A., Murina, F., Gambini, D., Taraborrelli, S., Gardella, B., Campo, M., & VuNet Study Group. (2020). Vulvar pain: The revealing scenario of leading

comorbidities in 1183 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 252, 50-55.

Graziottin, A., Gambini, D. (2015). Il dolore sessuale: dispareunia e vaginismo, neuroinfiammazione. *Bollettino di Ginecologia Endocrinologica*, 9: 21-27.

Graziottin, A., Gambini, D., & Bertolasi, L. (2015). Genital and sexual pain in women. *Handbook of clinical neurology*, 130: 395-412.

Graziottin, A., Rovei, V., & Scarselli, G. (2003). Fisiologia della lubrificazione vaginale. *J Sex Marital Ther*, 71, 76.

Graziottin, A., & Serafini, A. Dispareunia: sintomi, segni, terapia. *86° Congresso nazionale della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO)*.

Harlow, B. L., Kunitz, C. G., Nguyen, R. H., Rydell, S. A., Turner, R. M., & MacLehose, R. F. (2014). Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(1): 40-e1.

Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *American journal of epidemiology*, 161(9): 871-880.

Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. and Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a review of the literature, *Pain*, 47: 249-283.

Jodoin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (2011). Attributions about pain as predictors of psychological symptomatology, sexual function, and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 40: 87-97.

Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 2000; 87: 325-334.

Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., Perri, L. M. (2004). Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science. *The Journal of Pain*, 5(4): 195-211.

Kelly H.A. (1928). *Medical Gynecology*. WB Saunders, Philadelphia.

Khandker, M., Brady, S. S., Vitonis, A. F., MacLehose, R. F., Stewart, E. G., & Harlow, B. L. (2011). The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *Journal of women's health*, 20(10), 1445-1451.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., Vlaeyen, J. W. S. (2007). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1).

Leiblum, S. R., Graziottin, A. (2007). *Classificazione dei disturbi sessuali femminili. Principi e pratica di terapia sessuale*. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali: 115-127.

Lemieux, A. J., Bergeron, S., Steben, M., Lambert, B. (2013). Do Romantic Partners' Responses to Entry Dyspareunia Affect Women's Experience of Pain? The Roles of Catastrophizing and Self-Efficacy. *Journal of Sexual Medicine*, 10: 2274–2284.

Maunder, L., Dargie, E., & Pukall, C. F. (2022). Moderators of the relationship between pain and pain-related sexual disability in women with provoked vestibulodynia symptoms. *The journal of sexual medicine*, *19*(5): 809-822.

McElhiney J, Kelly S, Rosen R et al. (2006) Satyriasis: the antiquity term for vulvodynia? *The Journal of Sexual Medicine* *3*: 161–63.

Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. (1999). Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics*, *40*(6): 497-502.

Melzack, R. and Wall, P.D. (1982). *The Challenge of Pain*, Basic Books, New York: 52-71.

O'Donnell R.P. (1959). Relative hypospadias potentiated by inadequate rupture of the hymen: a cause of chronic inflammation of the lower part of the female urinary tract. *Journal of International College of Surgeons*, *32*: 374.

Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal*, *25*, 1613-1620.

Payne, K. A., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European journal of pain*, *9*(4): 427-436.

Pelisse M, Hewitt J. (1976). Erythamous vulvitis en plaques. In: *Proceedings of the Third Congress of the International Society for the Study of Vulvar Disease, Cocoyoc, Mexico. International Society for the Study of Vulvar Disease, Milwaukee*: 35–37.

Peters, K. P.; Killinger, K. A.; Carrico, D. J.; Ibrahim, I. A., Diokno, A. C.; Graziottin, A. (2007). Sexual Function and Sexual Distress in Women with Interstitial Cystitis: A Case-Control Study. *Adult Urology*, *70*: 3

Pukall, C. F., Goldstein, A. T., Bergeron, S., Foster, D., Stein, A., Kellogg-Spadt, S., & Bachmann, G. (2016). Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *The journal of sexual medicine, 13*(3), 291-304.

Pukall, C. F., Strigo, I. A., Binik, Y. M., Amsel, R., Khalifé, S., & Bushnell, M. C. (2005). Neural correlates of painful genital touch in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain, 115*(1-2), 118-127.

Quartana, P. J., Campbell, C. M., Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother, 9*(5): 745-758.

Reed, B. D., Legocki, L. J., Plegue, M. A., Sen, A., Haefner, H. K., & Harlow, S. D. (2014). Factors associated with vulvodynia incidence. *Obstetrics and gynecology, 123*(2 0 1), 225.

Reed, B. D., Harlow, S. D., Sen, A., Legocki, L. J., Edwards, R. M., Arato, N., & Haefner, H. K. (2012). Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *American journal of obstetrics and gynecology, 206*(2), 170-e1.

Rogers, A. H., & Farris, S. G. (2022). A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain, 26*(8): 1611-1635.

Rosen, N. O., Bergeron, S., Lambert, B. & Steben, M. (2013). Provoked vestibulodynia: mediators of the associations between partner responses, pain and sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 42*: 129–141.

Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *The journal of sexual medicine*, 7(11): 3715-3724.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: 191-208.

Sadownik, L. A. (2014). Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *J. Women' Health* 6: 437–449.

Scott, K. D., Hintz, E. A., & Harris, T. M. (2022). “Having pain is normal”: how talk about chronic pelvic and genital pain reflects messages from menarche. *Health communication*, 37(3): 296-306.

Severeijns, R., Vlaeyenb, J. W. S., van den Hout, M. A. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111: 226-229.

Shallcross, R., Dickson, J. M., Nunns, D., Mackenzie, C., & Kiemle, G. (2018). Women's subjective experiences of living with vulvodynia: A systematic review and meta-ethnography. *Archives of sexual behavior*, 47, 577-595.

Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: A reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 787-800.

Skene, A. J. C. (1889). *Treatise on the diseases of women: for the use of students and practitioners*. D. Appleton.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, *166*(10): 1092-1097.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. S. B. (1999). Patient Health Questionnaire Study Group. Validation and utility of a self-report version of PKIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *The Journal of the American Medical Association*, *282*: 1737-1744.

Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., Lefebvre, J. C. (2000). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain*, *17*(1).

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, *7* (4): 524-532.

Thomas T. G., Munda P. F. (1891) *A Practical Treatise on the Diseases of Women*, 6th ed. Lea Brothers & Co., Philadelphia.

Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, *199*(6), S28-S31.

Torres-Cueco, R., & Nohales-Alfonso, F. (2021). Vulvodynia—it is time to accept a new understanding from a neurobiological perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6639.

Trutnovsky, G., Plieseis, C., Bjelic-Radisic, V., BertholinyGalvez, M. C., Tamussino, K., & Ulrich, D. (2019). Vulvodynia and chronic pelvic pain in a gynecologic outpatient clinic. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *40*(3): 243-247.

Turner, J. A., Jensen, M. P., Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85: 115-125.

Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain. *Pain*, 107(1-2): 70-76.

Vieira-Baptista, P., Lima-Silva, J., Cavaco-Gomes, J., & Beires, J. (2014). Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127(3), 283-287.

Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G. (1999). Fear of movement/(re) injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Manual therapy*, 4(4): 187-195.

Wesselmann, U., Bonham, A., and Foster, D. (2014). Vulvodynia: current state of the biological science. *Pain* 155 (9): 1696–1701.



## SITOGRAFIA

<https://cistite.info>

[www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org)

[Associazione Italiana Vulvodinia.pdf \(fondazionegraziottin.org\)](#)