



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale & Dipartimento di Psicologia  
dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica**

**Tesi di laurea Magistrale**

***La percezione di ingiustizia nelle donne  
con dolore pelvico cronico***

***The perception of injustice in women  
with chronic pelvic pain***

***Relatore***

Prof. Jeffrey Wade Kiesner

***Correlatrice***

Dott.ssa Celeste Bittoni

**Laureanda: Irene Casini**

**Matricola: 2054098**

Anno Accademico 2022/2023



## ABSTRACT

**Introduzione:** Questo studio ha coinvolto donne con dolore pelvico cronico, soffermandosi in particolare sulla vulvodinia. Questa sindrome è caratterizzata da un notevole ritardo diagnostico (la media si aggira intorno ai quattro anni e mezzo), inoltre, molte donne vulvodiniche lamentano una forte invalidazione del dolore da parte del personale sanitario. Questi fattori potrebbero generare uno specifico sentimento che rappresenta il focus dello studio: l'ingiustizia percepita. Ricerche precedenti indicano che gli individui con dolore cronico che percepiscono ingiustizia per la propria condizione mostrano un peggioramento del dolore, della depressione e del funzionamento sessuale.

**Obiettivo:** Lo scopo è di svolgere uno studio più specifico per le donne con dolore pelvico cronico, per esaminare se e in che modo l'ingiustizia percepita presenta un effetto sul dolore, sui sintomi depressivi e sul funzionamento sessuale. Inoltre, si pone l'obiettivo di verificare se l'invalidazione del dolore e il ritardo diagnostico predicono l'ingiustizia percepita.

**Metodi:** Per il presente studio sono state selezionate 415 partecipanti con dolore pelvico cronico di età compresa tra i 18 e i 64 anni che hanno compilato interamente il primo ed il secondo questionario somministrati. Dopo aver selezionato le misure di interesse dai due questionari, è stato utilizzato un modello di equazione strutturale per analizzare i dati.

**Risultati:** Dall'analisi dei dati emerge che l'invalidazione del dolore ha un effetto sul sentimento di ingiustizia percepita, a differenza del ritardo diagnostico che non ha mostrato un effetto significativo. Il modello di analisi mostra l'esistenza di un effetto dell'ingiustizia percepita sul dolore mediata dalla rabbia per la propria

condizione di dolore. Inoltre, la percezione di ingiustizia ha moderato l'effetto del dolore sui sintomi depressivi, ovvero l'interazione tra ingiustizia e dolore ha predetto i sintomi depressivi. Infine, l'ingiustizia percepita ha predetto il funzionamento sessuale, in particolare sembra maggiormente correlata con una minore soddisfazione e una minore lubrificazione, mentre sembra non avere un effetto significativo sull'eccitazione mentale.

**Conclusioni:** I risultati suggeriscono che percepire ingiustizia può avere delle conseguenze negative per il benessere psico-fisico nelle donne che soffrono di dolore pelvico cronico. Potrebbe quindi essere utile affrontare il sentimento di ingiustizia percepita durante gli interventi psicologici per implementare i trattamenti che ad oggi non risultano completamente efficaci.

# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITOLO 1. IL DOLORE PELVICO CRONICO: LA VULVODINIA .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Storia e classificazione della vulvodinia.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Diagnosi.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Dolore sessuale: vulvodinia, vaginismo e dispareunia .....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 Epidemiologia .....</b>	<b>21</b>
<b>1.5 Fattori eziologici .....</b>	<b>24</b>
1.5.1 Fattori biologici.....	24
1.5.2 Fattori psicosociali .....	26
1.5.2.1 Fattori psicologici .....	27
1.5.2.2 Fattori sociali .....	28
<b>1.6 Ritardo diagnostico .....</b>	<b>30</b>
1.6.1 Comunicazione medico-paziente .....	31
1.6.2 Stereotipizzazione .....	32
1.6.3 Preparazione e competenza medica.....	33
<b>1.7 Invalidazione del dolore .....</b>	<b>34</b>
<b>CAPITOLO 2. INGIUSTIZIA PERCEPITA .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1 Perceived Unfairness Model .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2 Ingiustizia percepita e dolore .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3 Ingiustizia percepita e depressione .....</b>	<b>44</b>
<b>2.4 Ingiustizia percepita e funzionamento sessuale.....</b>	<b>46</b>
<b>2.5 Presentazione dello studio.....</b>	<b>48</b>
<b>CAPITOLO 3. METODI.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1 Procedura .....</b>	<b>50</b>
3.1.1. Primo questionario.....	51
3.1.2 Secondo questionario.....	52
3.1.3 Terzo questionario.....	53

<i>3.2 Partecipanti</i> .....	54
<i>3.3 Misure utilizzate per le analisi attuali</i> .....	57
<b><i>CAPITOLO 4. RISULTATI</i></b> .....	<b>64</b>
<b><i>CAPITOLO 5. DISCUSSIONE</i></b> .....	<b>69</b>
<i>5.1 Limitazioni</i> .....	79
<b><i>RIFLESSIONI CONCLUSIVE</i></b> .....	<b>82</b>
<b><i>BIBLIOGRAFIA</i></b> .....	<b>87</b>
<b><i>SITOGRAFIA</i></b> .....	<b>98</b>



## INTRODUZIONE

Il dolore pelvico cronico è una patologia che determina un notevole peggioramento del benessere psico-fisico delle donne che ne soffrono. Tra le sindromi più frequenti dell'apparato genitale femminile, negli ultimi anni ha occupato un posto importante una sindrome ancora non riconosciuta ufficialmente dal Sistema Sanitario Nazionale: la vulvodinia. Tale sindrome è una patologia cronica dolorosa localizzata nella regione vulvare che persiste per almeno tre mesi, si manifesta in situazioni sessuali e/o non sessuali e non è attribuibile clinicamente ad altra causa (Bergeron et al., 2020). Nonostante sia ancora scarsamente conosciuta risulta essere piuttosto diffusa: colpisce infatti il 16% delle donne (Harlow e Stewart, 2016). La sua eziologia non è stata definita con totale chiarezza, tuttavia, sono noti alcuni fattori biologici, psicologici e sociali che interagendo tra loro potrebbero svolgere un ruolo nell'insorgenza e nel mantenimento dei sintomi (Bergeron et al., 2020).

Uno dei problemi principali del dolore pelvico cronico e della vulvodinia in particolare, è che spesso viene misdiagnosticata oppure viene sottovalutata. Infatti, molti specialisti dell'ambito sanitario tendono a trascurarla e a ricondurla a cause di origine totalmente psicogena. Per tali motivi il ritardo diagnostico si aggira intorno ai quattro anni e mezzo (Bautrant et al., 2019). Inoltre, le donne con dolore pelvico cronico riferiscono la sensazione di sentirsi invalidate dagli operatori sanitari, in quanto si sentono spesso ripetere che il dolore che loro esperiscono in realtà è *“tutto nella loro testa”* e che provare dolore sia normale e fa parte della vita di una donna. Questi spiacevoli scenari potrebbero contribuire alla generazione del sentimento che rappresenta il focus del nostro studio: l'ingiustizia percepita, un



costrutto multidimensionale che comprende elementi relativi alla gravità e all'irreparabilità della perdita, della colpa e di un senso di ingiustizia (Sullivan et al., 2019). Alcuni studi hanno dimostrato che tale sentimento potrebbe avere un forte impatto sul benessere fisico e mentale negli individui affetti da dolore cronico: potrebbe infatti predire un peggioramento del dolore, dei sintomi depressivi e del funzionamento sessuale (Paquet et al., 2016; Chisari et al., 2021).

Tuttavia, non sono stati realizzati molti studi che prendono in considerazione la variabile dell'ingiustizia percepita e i pochi studi presenti indagano tale variabile principalmente nel contesto di una lesione muscoloscheletrica. L'ingiustizia percepita, però, potrebbe rivelarsi un importante fattore precipitante e/o di mantenimento del dolore pelvico cronico. Dato che ad oggi abbiamo soltanto un quadro ipotetico dei fattori eziologici coinvolti nella generazione della vulvodinia e non è stato realizzato un trattamento specifico e risolutivo, risulta indispensabile realizzare uno studio che prenda in considerazione delle nuove variabili. Dunque, scoprire nuovi fattori eziologici e/o di mantenimento, come l'ingiustizia percepita, potrebbe contribuire a generare nuovi trattamenti psicoterapeutici che intervengono sulla variabile di interesse per migliorare la sintomatologia riportata dalla paziente. Nel caso dell'ingiustizia percepita, riconoscere la sua rilevanza clinica potrebbe anche spingere gli operatori sanitari ad approcciarsi diversamente a tali sindromi in modo da supportare maggiormente le pazienti.

Il nostro studio si pone dunque l'obiettivo di comprendere quali fattori potrebbero influire nella generazione del sentimento di ingiustizia e di verificare il ruolo del sentimento di ingiustizia nel dolore, nella depressione e nel

funzionamento sessuale. Più precisamente, il presente elaborato sarà strutturato in cinque capitoli. Nel primo si cercherà di fornire una visione complessiva di ciò che sappiamo ad oggi sulla vulvodinia, in quanto risulta fondamentale comprendere una sindrome che, a causa delle ripercussioni sulle attività di vita quotidiana, sul benessere psicologico e sulla sfera sessuale, viene considerata devastante per la maggior parte delle donne che ne soffrono (Torres-Cueco et al., 2021). Nel secondo capitolo ci focalizzeremo sul costrutto di ingiustizia percepita e sugli studi che fino ad ora hanno mostrato la sua relazione con il dolore, la depressione ed il funzionamento sessuale. Nel terzo capitolo verranno presentati i metodi con i quali è stato realizzato questo studio. Nel quarto capitolo verrà presentato il nostro modello di analisi dei dati e verranno riportati i risultati raggiunti. Infine, nel quinto capitolo verranno discussi ed interpretati i risultati e verranno sottolineati i limiti del nostro studio.

## **CAPITOLO 1. IL DOLORE PELVICO CRONICO: LA VULVODINIA**

Il dolore pelvico cronico viene definito come un dolore pelvico non mestruale, persistente da sei o più mesi e abbastanza grave da generare incapacità funzionale o da richiedere un trattamento medico o chirurgico (Piccione et al., 2005). È caratterizzato da una costellazione di sintomi, tra cui la sindrome della vescica dolorosa, la dispareunia, la sindrome uretrale, la nevralgia del pudendo e molte altre, che determinano un peggioramento del benessere psico-fisico di chi ne soffre. Tra le sindromi più frequenti dell'apparato genitale femminile, negli ultimi anni ha occupato un posto importante una sindrome caratterizzata da dolore vulvare ancora poco conosciuta: la vulvodinia. Tale sindrome si verifica in circa il 16% delle donne di ogni età e di ogni etnia (Harlow e Stewart, 2016), caratterizzata da dolore vulvare che si può manifestare durante situazioni sessuali e/o non sessuali, non attribuibile clinicamente ad altra causa (Bergeron et al., 2020). La diagnosi viene realizzata focalizzando l'attenzione sulla storia clinica della paziente e conducendo un esame pelvico, in particolare utilizzando un test meccanico chiamato *swab test*. Ad oggi, la sua eziologia non è stata definita con totale chiarezza, tuttavia, sono noti alcuni fattori biologici, psicologici e sociali che interagendo tra loro potrebbero svolgere un ruolo nell'insorgenza e nel mantenimento dei sintomi (Bergeron et al., 2020). Inoltre, non sono presenti linee guida terapeutiche supportate empiricamente, di conseguenza la terapia attuale si concentra sulla cura dei sintomi. Questo per alcune donne potrebbe risultare risolutivo, mentre per altre insufficiente (vulvodinia.online, 2023).

Comprendere maggiormente la sindrome è fondamentale, in quanto tale condizione di sofferenza risulta devastante per la maggior parte delle donne a causa delle ripercussioni sulle attività di vita quotidiana, sul benessere psicologico e sulla sfera sessuale (Torres-Cueco et al., 2021). Per le donne vulvodiniche anche lo svolgimento delle attività più banali potrebbe risultare impossibile: alcune di loro, infatti, non riescono a stare sedute, hanno difficoltà a camminare, oppure sono costrette a non indossare biancheria intima per alleviare il dolore (Galizia, 2022). In alcuni casi la vulvodinia ha delle conseguenze sulla sessualità e sull'intimità di coppia e questo potrebbe generare un carico psicosociale più pesante rispetto ad altre condizioni di dolore. Per tale motivo, molte donne riferiscono sentimenti di vergogna, inadeguatezza come partner sessuale, minore apprezzamento del proprio corpo e minor autostima (Bergeron et al., 2020).

Dunque, una delle caratteristiche principali della vulvodinia risulta essere la peculiarità individuale, tale da rendere impossibile trovare due donne con gli stessi sintomi, la stessa intensità, la stessa insorgenza, durata e mantenimento. Inoltre, tale sindrome non è molto conosciuta dagli operatori sanitari, i quali tendono a sminuirla oppure a misdiagnosticarla. La conseguenza di quanto appena affermato comporta per le donne l'impossibilità di sospettare di soffrire di vulvodinia e quindi di subire un notevole ritardo diagnostico e un trattamento inadeguato (vulvodinia.online, 2023).

### ***1.1 Storia e classificazione della vulvodinia***

La vulvodinia è una sindrome che esiste da secoli, purtroppo però non è stata descritta completamente fino a poco tempo fa. Sembra, infatti, che i primi testi che

hanno affrontato il dolore vulvare risalgano ai papiri egiziani, tuttavia, si è iniziato a parlare e a cercare di definire la vulvodinia più approfonditamente soltanto nel 1880 (Amalraj et al., 2009). Risulta importante fare un breve excursus sull'evoluzione storica della vulvodinia per mostrare come la comprensione e l'attenzione nei confronti di tale patologia sia cambiata nel corso degli anni e come questo potrebbe avere influito sugli errori diagnostici. Infatti, comprendere a fondo la patologia e definirla nel modo corretto è fondamentale per aiutare i medici a fornire la giusta diagnosi e quindi a diminuire l'eccessivo ritardo diagnostico caratterizzante la vulvodinia.

Amalraj e colleghi (2009) hanno delineato l'evoluzione storica della vulvodinia dal 1880 ad oggi. Gli autori affermano che la prima definizione di vulvodinia presente in letteratura è stata data nel 1880 da T. G. Thomas, il quale la descrive come “eccessiva sensibilità dei nervi che alimentano la mucosa di una parte della vulva, a volte confinata nel vestibolo... [e] altre volte a un labium meno”. Otto anni dopo, Skene la descrive come “una malattia caratterizzata da un'ipersensibilità della vulva senza alcuna manifestazione esterna di malattia... quando le dita toccano le parti iperestesiche, la paziente lamenta dolore così forte che piange”. Queste prime definizioni di vulvodinia sembrano comprendere piuttosto bene la sindrome. Tuttavia, per circa quaranta anni nessuno ne ha più parlato, fino a quando, nel 1928, Kelly torna ad interessarsi alla vulvodinia descrivendola come “aree di arrossamento particolarmente sensibili localizzate a ridosso dell'anello imeale”. Inoltre, Kelly si è focalizzato sugli effetti dannosi del dolore vulvare sul rapporto sessuale descrivendolo come “una fonte fruttuosa di dispareunia”.

Nel corso del tempo vari autori hanno cercato di dare una spiegazione riguardo alla causa di tale dolore. Ad esempio, alcuni autori come O'Donnell (1959) sostenevano che la causa del dolore fosse l'inflammazione cronica attribuita ad una rottura completa dell'imene. Così la sindrome inizia ad essere chiamata vestibolite vulvare, proprio perché il suffisso “-ite” indica un processo infiammatorio. Ad oggi sappiamo però che non sempre vengono riscontrati degli indici infiammatori nel vestibolo, per questo motivo il termine vestibolite viene abbandonato. Dal 1928 al 1975 nessuno approfondisce più di questa sindrome, fino a quando nel 1975 il Congresso Mondiale dell'*International Society for the Vulvovaginal Disease* (ISSVD) ne parla come “sindrome della vulva bruciante”. La prima definizione formale viene data dall'ISSVD nel 1983: “fastidio vulvare cronico caratterizzato da bruciore, irritazione o dolore”. Infine, nel 2003 l'ISSVD focalizza l'attenzione sull'aspetto doloroso della sindrome attribuendole il nome di vulvodinia (“dinia” in greco significa dolore) e la definisce come un “disturbo o bruciore vulvare in assenza di patologie visibili o di disfunzioni specifiche cliniche identificabili” (cistite.info, 2023).

Infine, nell'ultimo decennio, il significativo aumento degli studi riguardanti i fattori eziologici coinvolti nella vulvodinia, ha portato a rivedere la terminologia del 2003 (Bornstein et al., 2013). Infatti, la definizione della classificazione del 2003 implicava un dolore di origine sconosciuta, ma studi successivi hanno individuato dei fattori potenzialmente associati alla vulvodinia. Grazie agli studi sui fattori eziologici è stato possibile comprendere che la vulvodinia non è una malattia, ma una costellazione di sintomi di diversi processi patologici che possono trarre il massimo beneficio da trattamenti individualizzati. Questo ha portato alla necessità

di aggiornare la descrizione della vulvodinia (Bornstein et al., 2013). L'attuale classificazione e terminologia del dolore vulvare persistente e della vulvodinia è stata realizzata durante l'incontro tra l'ISSVD, l'*International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH) e l'*International Pelvic Pain Society* (IPPS). Tale classificazione realizza due distinte sezioni: la prima include condizioni di dolore vulvari per le quali può essere identificata chiaramente una causa, la seconda riguarda la vulvodinia, la quale viene descritta come "dolore vulvare della durata di almeno tre mesi, senza una chiara causa identificabile, che può avere potenziali fattori associati. ". Quindi, la principale modifica apportata dal 2003 al 2015 è stata l'aggiunta di "potenziali fattori associati". Questo comporta un cambiamento di paradigma nell'approccio alla vulvodinia, sottolineando la multifattorialità di tale condizione e che il trattamento dovrebbe essere scelto in base alle caratteristiche della singola paziente e ai possibili fattori associati. Quindi, ad esempio, potrebbe essere utilizzata la terapia fisica nel caso ci siano fattori muscoloscheletrici alla base, oppure la chirurgia se il fattore associato è la neuroproliferazione (Bornstein et al., 2013).

Dunque, comprendere come si è evoluta la storia della vulvodinia potrebbe aiutare a non commettere gli stessi errori del passato e poter così migliorare le condizioni di vita delle donne vulvodiniche. Tuttavia, i dati ad oggi riportano che il 60% delle donne consulta più di tre specialisti prima di ricevere la corretta diagnosi, più del 30% delle donne non ottiene la diagnosi nonostante diversi consulti e il tempo medio del ritardo diagnostico si aggira intorno ai cinque anni (vulvodinia.online, 2023). Nonostante i progressi raggiunti a livello terminologico

ed esplicativo, siamo molto lontani dal raggiungimento di risultati clinici soddisfacenti.

## ***1.2 Diagnosi***

Ad oggi, la diagnosi di vulvodinia si basa sul dolore percepito dalla paziente e avviene per esclusione, ovvero i sintomi non devono essere attribuibili ad altra causa. Molto spesso la vulvodinia si presenta in comorbidità con un'infezione e questo induce molti specialisti a fare una diagnosi errata (vulvodinia.online, 2023). Per poter effettuare la diagnosi di esclusione sono necessari: tampone vaginale per ricercare candida e batteri, ricerca di antigeni virali, valutazione al microscopio delle secrezioni vaginali, esame del vestibolo vaginale per evidenziare rossore, pallore, secchezza, ispessimenti ed erosioni, biopsia di punti di pelle, esame neurologico e valutazione psicologica (cistite.info, 2023). Inoltre, viene svolto un test meccanico chiamato *swab test*, in cui la vulva viene toccata in modo leggero in vari punti tramite un cotton fioc per vedere se il semplice tocco viene percepito come doloroso. Nel caso in cui la donna riporti dolore da almeno tre mesi, l'esame obiettivo risulti negativo e lo *swab test* positivo, è possibile porre diagnosi di vulvodinia (cistite.info, 2023).

Inoltre, per poter realizzare la diagnosi esatta, nel 2011 Graziottin e Murina evidenziano altri cinque metodi da poter affiancare allo *swab test*. Il primo riguarda l'osservazione della vulva e del vestibolo, che potrebbe evidenziare un eritema. Il secondo consiste nell'osservazione del perineo: in particolare la lunghezza del perineo, il grado di retrazione del centro tendineo, la presenza di una o più emorroidi. Il terzo esamina l'elevatore dell'ano: un'iperattività dell'elevatore è stata



riscontrata in quasi tutte le donne con vulvodinia. Il quarto riguarda l'esame della vagina e del fornice per ricercare altre aree del dolore. Infine, l'esame della secrezione vaginale, in cui vengono valutati il colore, l'intensità e l'odore. Nonostante questi metodi siano stati descritti da più di un decennio, dai dati precedentemente riportati (il 60% delle donne con dolore cronico consulta più di tre specialisti prima di ricevere la diagnosi e più del 30% delle donne vulvodiniche non ottiene la diagnosi nonostante diversi consulti medici) se ne deduce che ad oggi molti specialisti non sono informati e non hanno familiarità con la sindrome e per questo realizzano ancora delle diagnosi errate.

Come precedentemente affermato, i sintomi presentano un'elevata variabilità interindividuale. Per di più, la variabilità risulta essere anche intraindividuale, infatti, i sintomi possono variare d'intensità nell'arco della stessa giornata, tendendo a peggiorare solitamente durante la sera. Inoltre, il miglioramento e il peggioramento dei sintomi potrebbero essere influenzati dalle variazioni ormonali presenti durante il ciclo mestruale (Galizia, 2022). Nella maggior parte dei casi, le donne vulvodiniche lamentano alcuni dei seguenti sintomi: prurito, bruciore (frequentemente riferito a fine minzione), sensazione di punture di spillo, gonfiore delle piccole e grandi labbra, perdite vaginali abbondanti, dolore ad inizio penetrazione, dolore o impossibilità a inserire tamponi, vaginiti da candida e cistiti, stitichezza, emorroidi, ipertono del pavimento pelvico, patologie del ciclo mestruale (mestruazioni abbondanti e dolorose), scarsa lubrificazione, sensazione di abrasioni, sensazione di scariche elettriche, abrasioni all'ingresso vaginale, sensazione di corpo estraneo, difficoltà a stare sedute e a camminare e mucose vulvari arrossate (Galizia, 2022).

Nel 2019 si è tenuto un incontro tra l'*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*, l'*International Society for the Study of Women Sexual Health* e l'*International Pelvic Pain Society* in cui è stato stabilito che la manifestazione sintomatologica della vulvodinia può essere delineata seguendo quattro descrittori: la posizione, l'insorgenza, il modello temporale e la provocazione (Torres-Cueco et al., 2021). A seconda della posizione possiamo distinguere tra vulvodinia localizzata e generalizzata. La vulvodinia localizzata comporta dolore soltanto in una parte della vulva: la forma più frequente è la vestibolodinia, che comporta dolore esclusivamente al vestibolo. Mentre, la vulvodinia generalizzata comporta dolore all'intera regione vulvare. La vulvodinia viene differenziata in base al fatto che sia stimolo-dipendente oppure stimolo-indipendente e quindi si parla di vulvodinia provocata se il dolore viene generato da contatto fisico o da qualche tipo di inserzione e di vulvodinia spontanea se non dipende da alcuno stimolo. Per quanto riguarda l'insorgenza, ci si riferisce alla vulvodinia provocata primaria se i sintomi sono iniziati con la prima volta che si è verificato un contatto fisico, come l'inserimento di un tampone o il primo rapporto sessuale; invece, la vulvodinia secondaria fa riferimento all'insorgenza dei sintomi avvenuta dopo un periodo di contatto vulvare indolore. Infine, il modello temporale fa una distinzione tra dolore persistente, costante o intermittente: il dolore persistente si riferisce ai sintomi che persistono per almeno tre mesi, il dolore costante a sintomi che sono sempre presenti, il dolore intermittente a sintomi che possono essere assenti in alcuni momenti. Infine, il modello temporale suddivide tra immediato o ritardato: nell'immediato i sintomi si verificano durante il contatto

fisico, mentre nel ritardato compaiono successivamente al contatto fisico (Torres-Cueco et al., 2021).

### ***1.3 Dolore sessuale: vulvodinia, vaginismo e dispareunia***

Come precedentemente affermato, le donne vulvodiniche possono riferire dolore durante i rapporti sessuali. Tuttavia, il dolore sessuale può essere sintomo di differenti patologie e può essere causato da problemi organici e/o psicologici. Tale dolore è molto diffuso nella popolazione femminile e può coinvolgere vari distretti corporei, tra cui: vulva, vagina, cervice, utero, muscoli del pavimento pelvico e nervi che attraversano queste strutture (Goldstein et al., 2021). Ad oggi, i termini maggiormente utilizzati per descrivere il dolore vulvare e/o vaginale durante le attività sessuali sono vulvodinia, dispareunia e vaginismo. Tuttavia, nel corso degli anni tali patologie sono state spesso misdiagnosticate, comportando dei notevoli ritardi diagnostici e dei trattamenti inefficienti. Per questo motivo risulta necessario sottolineare le differenze che le caratterizzano.

La classificazione dei disturbi sessuali femminili caratterizzati da dolore è stata realizzata durante la Prima Consensus Conference svolta nel 1998. Tale classificazione comprendeva la definizione di dispareunia e di vaginismo. Nella conferenza la dispareunia viene descritta come “un dolore genitale ricorrente o persistente che compare durante il rapporto sessuale”, mentre il vaginismo viene definito come “uno spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale, associato o meno ad un variabile grado di fobia” (Graziottin, 2002). Queste definizioni vengono successivamente modificate durante la Seconda Consensus Conference. Il

concetto di contrazione muscolare nel vaginismo viene eliminato a causa della mancanza di evidenze scientifiche. Dunque, le nuove definizioni descrivono la dispareunia come “persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale”, mentre il vaginismo viene descritto come “una persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l’espresso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate” (Graziottin, 2002). In accordo con tali definizioni, chi soffre di dispareunia potrebbe riuscire ad avere rapporti sessuali, provando però dolore all’entrata del canale vaginale o durante il totale inserimento del pene in vagina. D’altro canto, chi soffre di vaginismo non riuscirebbe ad effettuare l’atto penetrativo, per una ragione esclusivamente psicologica e non organica. Quindi, quando il vaginismo non è così severo da impedire la penetrazione, è possibile avere il rapporto sessuale che causa dolore, ma in questo caso si parlerà di dispareunia (Graziottin e Leiblum, 2004).

Tuttavia, è importante sottolineare che le definizioni sopra citate risentono della storica dicotomia tra corpo e psiche. In realtà non è quasi mai possibile affermare che un disturbo sia totalmente psicologico oppure totalmente organico: esiste, infatti, una forte reciprocità tra mente e corpo (Graziottin e Leiblum, 2004). Una possibile risoluzione della dicotomia tra mente e corpo si può ottenere facendo riferimento alla definizione della Professoressa Graziottin, la quale descrive il vaginismo come “caratterizzato da paura e angoscia della penetrazione, associate a

variabile fobica del rapporto”, specificando inoltre la presenza di una “contrazione muscolare riflessa e involontaria dei muscoli che circondano la vagina”.

La vulvodinia, invece, si distingue dal vaginismo sia per la sintomatologia che per i fattori scatenanti (cistite.info, 2023); mentre rispetto alla dispareunia, quest’ultima potrebbe esserne un sintomo. Più precisamente, nel 1997 avviene il primo tentativo empirico, da parte di Meana e colleghi, di definire i vari sottotipi di dispareunia. Grazie a questo lavoro ci si sposta dal concetto di “dolore durante il rapporto sessuale” alla condizione di “dolore vulvare”, in cui la dispareunia potrebbe essere soltanto un sintomo (Amalraj et al., 2009). In particolare, quando il dolore è avvertito all’entrata vaginale (dispareunia) potrebbe associarsi e/o causare vulvodinia (Graziottin e Serafini, 2010), o viceversa. Tuttavia, non tutte le donne che soffrono di vulvodinia riferiscono di provare dolore durante i rapporti sessuali. Una caratteristica che distingue la vulvodinia dal vaginismo e dalla dispareunia è il fatto che il dolore vulvare non sempre viene provocato dalla penetrazione. Infatti, mentre nel vaginismo il dolore si manifesta esclusivamente con l’introduzione di corpi estranei in vagina, nella vulvodinia il dolore si può manifestare in seguito a svariati stimoli, come il cloro della piscina, gli indumenti intimi stretti e sintetici, l’uso della bicicletta, gli assorbenti, etc. (cistite.info, 2023). Quindi, nella vulvodinia i rapporti sessuali rappresentano solo uno dei tanti fattori che scatenano la sintomatologia. Inoltre, mentre nel vaginismo la paura del rapporto sessuale potrebbe causare il dolore, nella vulvodinia la paura di avere rapporti sessuali potrebbe essere una conseguenza del dolore provato. Per questo motivo, nelle donne che soffrono di vaginismo il dolore si esaurisce alla fine del tentativo di

penetrazione, mentre nelle donne vulvodiniche il dolore perdura nei giorni successivi (cistite.info, 2023).

In conclusione, mentre la dispareunia è un sintomo che può far parte della vulvodinia, il vaginismo è una diagnosi totalmente differente dalla vulvodinia. Tuttavia, le testimonianze delle donne che soffrono di vulvodinia mostrano che è ancora presente molta confusione in merito a queste diagnosi. L'incapacità di effettuare una diagnosi differenziale potrebbe avere delle ripercussioni sul ritardo diagnostico e sul trattamento. Molte donne con vulvodinia ricevono una diagnosi errata di vaginismo da parte dei medici con conseguente spiegazione esclusivamente psicologica della loro sofferenza fisica e successivo invio ad un trattamento psicologico che si rivela infruttuoso (cistite.info, 2023).

#### ***1.4 Epidemiologia***

La vulvodinia, nonostante sia ancora una sindrome scarsamente conosciuta e compresa, sembra avere dei tassi di prevalenza e di incidenza molto elevati. Per quanto riguarda la situazione italiana, nel 2016 è stato messo a punto il progetto Vu-Net ideato dalla Professoressa Graziottin e dal Dottor Murina, con l'obiettivo di raccogliere dati epidemiologici e clinici sul dolore vulvare e promuovere la formazione dei medici su questa tematica (alessandragraziottin.it, 2018). Tale progetto afferma che il dolore vulvare colpisce le donne di qualsiasi età, soprattutto quelle tra i venti e i ventinove anni. Più precisamente, in Italia ne soffre una donna su sette (14%; vulvodinia.online, 2023). Tuttavia, l'incidenza potrebbe essere sottostimata in quanto la conoscenza della patologia è molto scarsa all'interno della classe medica e gli anni di ritardo diagnostico sono numerosi.

La vulvodinia colpisce soprattutto le donne caucasiche ed afroamericane, ma è comunque una sindrome diffusa in tutto il mondo (cistite.info, 2023). Infatti, sembra che il 12-15% delle donne ne sia affetto in maniera più o meno grave e che 14 milioni di donne abbiano sofferto di questa sindrome durante la loro vita (cistite.info, 2023). Uno studio epidemiologico negli Stati Uniti ha rilevato che fino al 16% delle donne sperimenta vulvodinia e che a quaranta anni circa il 7-8% delle donne avrà sperimentato sintomi coerenti con la vulvodinia in un determinato momento (Harlow e Stewart, 2003). Concordemente, uno studio spagnolo ha dimostrato una prevalenza della vulvodinia del 13% nel corso della vita (Gomez et al, 2019) e uno studio portoghese ha riportato una prevalenza del 16% (Vieira-Baptista et al., 2014). Tuttavia, studi svolte su una popolazione di donne in Nepal mostrano che la prevalenza era inferiore all'1% (Pathak et al., 2011). Questo tasso di prevalenza relativamente basso potrebbe però essere la conseguenza di una scarsa conoscenza della vulvodinia da parte delle donne e degli operatori sanitari in Nepal e questo potrebbe causare una scarsa comunicazione dei sintomi da parte delle pazienti e una scarsa generazione di diagnosi da parte dei medici (Bergeron et al., 2020).

Inoltre, è stato precedentemente affermato che la vulvodinia è presente nelle donne di qualsiasi età. Tuttavia, le stime di prevalenza tendono a variare in base alle fasce di età. A tal proposito uno studio condotto negli Stati Uniti ha individuato una prevalenza del 21% per le donne comprese tra i 18 e i 29 anni, del 13% per le donne tra i 30 e i 49 anni e soltanto dell'8% per le donne tra i 50 e i 59 anni (Laumann et al, 1999). Tuttavia, il sintomo considerato per giungere a tale conclusione è stato il “dolore durante i rapporti sessuali” e di conseguenza le norme culturali riguardanti

la sessualità delle donne anziane potrebbe aver compromesso i risultati, portando le donne in post menopausa a sottostimare il proprio dolore (Bergeron et al., 2020). Per quanto riguarda l'incidenza, la vulvodinia risulta più diffusa tra le donne più giovani. Infatti, uno studio longitudinale ha dimostrato che il 7,6% delle donne presenta l'incidenza a 20 anni, il 5% a 40 anni e soltanto il 3,3% a 60 anni (Reed et al., 2014). Tuttavia, l'incidenza potrebbe essere confusa con il primo riconoscimento: ad esempio, lo sviluppo della condizione avrebbe potuto essere presente sin dall'infanzia ma non ancora provocata dal tatto e quindi rimasta silente per un lungo periodo di tempo (Bergeron et al., 2020).

Ad ogni modo, è fondamentale notare che i tassi epidemiologici della vulvodinia potrebbero essere sottostimati, poiché soltanto il 60% delle donne che segnalano dolore vulvare cronico cerca un trattamento e di queste circa la metà non riceve una diagnosi corretta (Harlow et al., 2014). Inoltre, alcune donne, soprattutto quelle appartenenti a minoranze sessuali, minoranze di genere e a gruppi etnici minoritari, potrebbero trovare una barriera nel ricercare aiuto a causa della stigmatizzazione. Ad esempio, secondo lo studio di Reed e colleghi (2012) le donne nere hanno il 43% in meno di probabilità di soddisfare i criteri per la vulvodinia rispetto alle donne bianche. Queste percentuali di vulvodinia nelle varie etnie potrebbero rappresentare delle effettive discrepanze di prevalenza, oppure potrebbero essere il risultato di norme socioculturali diverse che riguardano il modo in cui sperimentano il dolore e la sessualità (Bergeron et al., 2020). Quindi, sebbene la vulvodinia si verifica nelle donne di tutte le età ed etnie, non possiamo avere la certezza che i dati di prevalenza e di incidenza precedentemente discussi rappresentino la situazione reale (Bergeron et al., 2020).



## ***1.5 Fattori eziologici***

Come precedentemente affermato, la classificazione del dolore vulvare realizzata nel 2015 ha apportato la modificazione più significativa alla definizione di vulvodinia aggiungendo la presenza di “potenziali fattori associati”, ovvero possibili fattori in comorbilità a carico di altri organi e apparati. Questo cambio d’approccio alla vulvodinia deriva da ricerche che hanno dimostrato che diversi fattori possono essere associati allo sviluppo e al mantenimento della condizione dolorosa, rendendo la vulvodinia il risultato di un processo multifattoriale (Goldstein et al., 2021). Ad oggi, purtroppo, non c’è una conoscenza chiara dei fattori implicati nell’eziologia del disturbo. Numerosi fattori sono stati suggeriti per svolgere un ruolo nell’insorgenza o nel mantenimento della vulvodinia; ma, data la mancanza di studi prospettici e longitudinali, la direzione della causalità non è evidente (Pukall et al., 2016).

### ***1.5.1 Fattori biologici***

A proposito dei fattori biologici, Rowen e Goldstein (2021) ne individuano sei che potrebbero svolgere un ruolo nell’insorgenza e nel mantenimento del dolore pelvico caratterizzante la vulvodinia. Il primo fattore coinvolto è quello genetico. Infatti, diversi studi suggeriscono che alcune donne hanno una predisposizione genetica allo sviluppo della vulvodinia attraverso tre principali meccanismi: polimorfismi genetici, cambiamenti genetici che determinano una risposta infiammatoria prolungata o esagerata e un’ aumentata suscettibilità ai cambiamenti ormonali. Il secondo fattore di cui parlano gli autori è quello ormonale. Più

specificatamente, una diminuzione degli steroidi sessuali potrebbe portare a provare dolore durante l'attività sessuale. Le cause di diminuzione degli steroidi sessuali possono essere naturali, psicologiche o iatrogene. Tra queste vengono individuate: la menopausa, l'allattamento, l'anoressia, l'amenorrea ipotalamica, l'eccessiva attività fisica o stress fisiologico, l'iperprolattinemia, l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati (CHC). Il terzo fattore è l'infiammazione. Rowen e Goldstein (2021) affermano che le cellule infiammatorie sono presenti nella mucosa vestibolare in tutte le donne, ma sembra che le donne con vestibolodinia ne abbiano una quantità maggiore. Nelle biopsie di donne con vulvodinia, infatti, è stato rilevato un aumento delle citochine proinfiammatorie, delle neurochine e delle chemochine. Il fattore muscoloscheletrico è il quarto fattore individuato. La vulvodinia potrebbe essere associata ad iperattività muscolare del pavimento pelvico. L'ipertonicità muscolare può portare ad allodinia, ovvero le donne potrebbero provare dolore a causa di uno stimolo che in realtà non è in grado di provocare una sensazione dolorosa. I meccanismi neurologici sono il quinto fattore eziologico. Nelle donne con vulvodinia alcune regioni corticali coinvolte nella modulazione del dolore potrebbero risultare iperattivate, determinando una percezione aumentata delle stimolazioni dolorose. D'accordo con quanto appena detto, lo studio di Pukall e colleghi (2005) ha utilizzato la risonanza magnetica funzionale con un gruppo di donne con vulvodinia ed è riuscito ad individuare un aumento dell'attività neurale in risposta alla stimolazione dolorosa vestibolare nelle aree somatosensoriali, dell'insula e del cingolato anteriore. Inoltre, Bohm-Starke e colleghi (1998) hanno trovato che le donne con vulvodinia hanno una densità fino a dieci volte maggiore delle terminazioni nervose dei nocicettori afferenti C nella

loro mucosa vestibolare rispetto alle donne senza vulvodinia. Pertanto, l'aumentata neuroproliferazione dei nocicettori potrebbe determinare un'ipersensibilità al dolore. Infine, il sesto fattore eziologico individuata da Rowen e Goldstein (2021) è quello embriologico/congenito. Alcune donne con vulvodinia mostrano una malattia congenita dell'endotelio derivato dal seno urogenitale, questo può essere associato a un'iperplasia neuronale congenita. Una prova a sostegno di tale ipotesi è il fatto che le donne con vestibolodinia primaria mostrano un'ipersensibilità ombelicale maggiore rispetto alle donne con vestibolodinia secondaria e alle donne che non ne sono affette.

### ***1.5.2 Fattori psicosociali***

La vulvodinia è una condizione di dolore cronico che può essere spiegata dal modello biopsicosociale, secondo cui la cronicità del dolore è influenzata dall'interrelazione di fattori biologici, psicologici e sociali (Goldstein et al., 2021). Quindi, oltre ai fattori biologici citati, seguendo un approccio biopsicosociale, è necessario prendere in considerazione anche i fattori psicologici e sociali. Tuttavia, i fattori psicosociali nella vulvodinia sono stati spesso trascurati rispetto ai fattori biomedici (Goldstein et al., 2021). Fortunatamente, gli ultimi anni di ricerca si sono focalizzati maggiormente sui predittori psicosociali, suggerendo il loro possibile contributo nell'insorgenza e nel mantenimento del dolore vulvare cronico (Pukall et al., 2016).

### ***1.5.2.1 Fattori psicologici***

Tra i fattori psicologici risultano maggiormente coinvolti l'umore, l'abuso sessuale e fisico infantile e la sessualità. Rispetto all'umore, alcuni studi hanno indicato che le donne con vulvodinia riportano punteggi di depressione più elevati rispetto ai controlli (Reed et al., 2014). Inoltre, molti studi hanno scoperto che le donne con vulvodinia mostrano livelli più elevati di ansia di tratto rispetto al gruppo di controllo (Granot et al., 2005). Khandker e colleghi (2011) hanno individuato che la probabilità di sviluppare vulvodinia era quattro volte maggiori nelle donne con precedenti disturbi dell'umore e dell'ansia rispetto a quelle senza tali disturbi. Il dolore catastrofico, la paura del dolore, l'ipervigilanza al dolore e l'evitamento sono tra i fattori collegati con una maggiore intensità di dolore e una minore soddisfazione sessuale. Fattori quali ansia o catastrofismo potrebbero essersi sviluppati antecedentemente alla vulvodinia e quindi essere associati al suo sviluppo, mentre la depressione potrebbe verificarsi a causa della condizione stessa (Goldstein et al., 2021). Tuttavia, non possiamo determinare con assoluta certezza se tali fattori siano antecedenti oppure conseguenti alla vulvodinia, poiché la maggior parte degli studi è di tipo trasversale (Pukall et., 2016).

Per quanto riguarda gli abusi sessuali e fisici, questi sono considerati fattori di rischio distali, ovvero si riferiscono ad esperienze che hanno preceduto la vulvodinia e che influenzano le strategie di coping attuali (Goldstein et al., 2021). Lo studio di Harlow e colleghi (2005) riporta che le donne con vulvodinia avevano 4,1 volte più probabilità di aver subito abusi fisici e 6,5 volte più probabilità di aver riportato abusi sessuali rispetto alle donne senza vulvodinia. Queste esperienze infantili negative sono dannose per le relazioni sentimentali e la sessualità in

generale degli individui: potrebbero, infatti, influenzare la funzione sessuale e l'umore delle donne. Infatti, lo studio di Corsini-Munt e colleghi (2017) riporta che le donne che avevano subito maltrattamenti infantili, avevano più bassi livelli di funzionamento sessuale e maggiori livelli d'ansia.

A proposito della sessualità, sembra che le donne con vulvodinia abbiano minore desiderio sessuale, minore eccitazione e soddisfazione sessuale, maggiore difficoltà a raggiungere l'orgasmo, più bassa frequenza di rapporti sessuali, atteggiamenti più negativi rispetto alla sessualità e più disagio sessuale rispetto ai controlli senza vulvodinia (Desrochers et al., 2008). Alcuni studi ipotizzano che tale condizione di sessualità negativa sia determinato dal fatto che le donne con vulvodinia presentano più angoscia riferita alla loro immagine corporea e soprattutto all'immagine dei propri genitali, aumentando così l'ansia da esposizione del proprio corpo durante l'attività sessuale che non gli permette di beneficiare della propria sessualità (Pazmany et al., 2013).

### ***1.5.2.2 Fattori sociali***

I fattori sociali potrebbero avere un ruolo soprattutto nel mantenimento e nel peggioramento dei sintomi delle donne con vulvodinia. Tra questi risultano maggiormente coinvolti il rapporto con il partner e lo scarso supporto medico. La risposta del partner alla condizione di dolore della donna si può esplicitare in preoccupazione, ostilità oppure incoraggiamento. Rosen e colleghi (2010) hanno scoperto che le donne che percepivano la preoccupazione dei loro partner, erano associate a maggior dolore e peggior funzionamento sessuale. Anche nello studio di Davis e colleghi (2015) è stato dimostrato che la catastrofizzazione del partner e

le attribuzioni negative fossero associate a maggior ostilità da parte del partner, che a sua volta era associata a maggior dolore e sintomi depressivi nelle donne con vulvodinia. Inoltre, alcune donne con vulvodinia riferiscono di sentirsi inadeguate e inutili negli aspetti sessuali delle loro relazioni, con conseguenti sentimenti di vergogna e colpa (Ayling et al., 2008). Questo potrebbe essere spiegato con la teoria dell'auto-oggettivazione di Fredrickson e Robert (1997), secondo cui le donne con vulvodinia tenderebbero a interiorizzare una prospettiva esterna e valutativa nei confronti del proprio corpo, vedendolo come uno oggetto che deve soddisfare ideali irrealistici di bellezza e prestazioni sessuali (Maille et al., 2015).

Infine, il fattore relativo allo scarso supporto medico si riferisce al fatto che molte donne con vulvodinia ricevono scarso riconoscimento dei loro sintomi all'interno delle strutture sanitarie. A causa dell'assenza di una patologia visibile, spesso viene mal diagnosticata, non viene presa sul serio e frequentemente viene detto loro che il dolore "è tutto nella loro testa", sminuendo la loro sofferenza (Goldstein et al., 2021). Lo scarso supporto proviene soprattutto dai medici, che non credendo alla gravità del dolore riportato dalle donne e avendo scarsa conoscenza della patologia, contribuiscono a generare sentimenti di invalidazione e di isolamento. Le donne perdono così fiducia nel sistema sanitario e non cercano più aiuto medico. Il risultato inevitabile della mancanza di preparazione medica è il ritardo diagnostico di quattro anni e mezzo e una percentuale del 10-20% di pazienti che ottiene la diagnosi corretta alla prima visita specialistica tra coloro che cercano aiuto (Bautrant et al., 2019), rispetto ad un 40% che rinuncia a cercare una diagnosi o che non inizia nemmeno per la vergogna provocata dal parlare dei propri genitali (Harlow et al., 2003). Tutto questo genera il sentimento di ingiustizia

percepita, elemento chiave nell'aumento del dolore e della depressione nella vulvodinia, ma su cui è stata posta attenzione soltanto recentemente (Paquet et al, 2016).

### ***1.6 Ritardo diagnostico***

Molte donne manifestano dolore vulvare cronico per anni senza ricevere una corretta diagnosi oppure un corretto trattamento. Questo tipo di dolore viene trascurato dalla maggior parte dei medici perché potrebbe essere percepito come difficile da affrontare oppure viene attribuito ad un substrato totalmente psicologico. Per tali motivi il ritardo diagnostico medio si aggira intorno ai quattro anni e mezzo (Bautrant et al., 2019). A tal proposito, Harlow e colleghi (2003) riportano che circa il 60% delle donne con vulvodinia consulta operatori sanitari e di queste soltanto il 61% riceve una diagnosi, con solo il 9% diagnosticato come dolore vulvare cronico. Inoltre, Arnold e colleghi (2006) mostrano che il 57% delle donne con vulvodinia ha consultato almeno tre medici prima di ricevere una diagnosi corretta.

Un'ulteriore causa di ritardo diagnostico potrebbe essere il fatto che molte delle donne che soffrono di vulvodinia evitano di andare dal medico per farsi curare. Infatti, uno studio svolto da Harlow e colleghi nel 2003 riferisce che soltanto il 54% delle donne che hanno riportato storie di dolore vulvare cronico ha cercato un trattamento. Le ragioni per cui le donne scelgono di non cercare cure mediche non sono ancora state chiarite. Non avere un buon rapporto con i professionisti sanitari potrebbe comportare un trattamento non adeguato ed un significativo ritardo diagnostico. Questa difficile situazione potrebbe essere causata principalmente da

tre fattori: la difficoltà di affrontare apertamente argomenti quali il sesso e i genitali, la stereotipizzazione percepita e la scarsa formazione da parte dei medici sul riconoscimento ed il trattamento della vulvodinia.

### ***1.6.1 Comunicazione medico-paziente***

In primis andiamo ad approfondire la comunicazione tra medico e paziente. I principali motivi per cui le donne con vulvodinia richiedono un consulto medico sono i seguenti: dolore alla penetrazione (64,2%), secchezza vaginale (29,8%), dolore vulvare spontaneo con causa sconosciuta (23,9%) (Graziottin et al. 2016). Purtroppo, sia la sessualità che i genitali sono tra gli argomenti più difficili da sollevare durante un colloquio clinico, sia per il medico che per il paziente (Pukall et al., 2016). Le principali difficoltà che i pazienti possono incontrare sono le seguenti: sentimenti di vergogna, credere che i problemi legati alla sfera sessuale non siano “problemi medici”, credere che il medico non abbia il tempo di parlare di questioni sessuali o che non sia competente in questo settore, essere inconsapevoli del fatto che esistono trattamenti specifici per la disfunzione sessuale e credere che “nulla può essere fatto per i problemi sessuali”.

D’altro canto, anche i medici potrebbero trovare delle difficoltà nella comunicazione con i pazienti. Brandenburg e Bitzer (2009) sostengono che molti medici potrebbero credere che affrontare i problemi sessuali con i pazienti crei troppa vicinanza emotiva e questo potrebbe generare una situazione di imbarazzo. Inoltre, potrebbero pensare che parlare di sessualità richieda troppo tempo, molto probabilmente per la loro sensazione di impotenza terapeutica e perché non si sentono adeguatamente addestrati nella medicina sessuale. Infatti, a sostegno di



quanto appena detto, lo studio di Wittenberg e colleghi (2009), condotto su studenti di medicina, mostra che più della metà dei partecipanti non si sentiva addestrato adeguatamente per intraprendere una conversazione su argomenti sessuali con i pazienti. I sentimenti di disagio e di imbarazzo e la mancanza di competenze determinano un peggioramento nel rapporto e nel trattamento delle pazienti con vulvodinia. A causa di tali problematiche, molte donne con dolore vulvare cronico soffrono in silenzio per anni senza discutere la propria preoccupazione con nessuno, oppure nel momento in cui riescono a parlarne con i medici si sentono incomprese e invalidate a causa della scarsa competenza.

### ***1.6.2 Stereotipizzazione***

Le donne con vulvodinia potrebbero essere preoccupate di parlare del loro dolore con gli altri, poiché potrebbero sentirsi giudicate negativamente e non credute sia dal sistema sanitario che dal resto della società. A tal proposito, Nguyen e colleghi (2013) hanno ipotizzato che la causa per cui molte donne scelgono di non andare dal medico per farsi curare potrebbe essere la stereotipizzazione subita sia da parte della società, ma soprattutto dai medici. Più precisamente, hanno voluto indagare se le donne percepivano da parte dei medici un'invalidazione del dolore, ovvero che questi pensassero che le donne esagerassero il loro dolore, e inoltre, che il resto della società credesse che usassero il dolore come scusa per evitare di fare sesso. Dai risultati si evince che il 30% delle donne della popolazione generale concorda sul fatto che i medici hanno la percezione che individui con dolore cronico esagerino il loro livello di dolore. Come previsto, le donne con dolore vulvare cronico avevano il 37% in più di probabilità rispetto alle donne senza alcun dolore

di credere che i medici avessero questo stereotipo negativo. Contrariamente alle aspettative, le donne che credevano che i medici avessero stereotipi negativi avevano l'11% in più di probabilità di aver cercato assistenza medica rispetto a coloro che non avevano questa credenza; mentre, non è stata osservata alcuna associazione tra la ricerca di cure e la credenza che gli altri pensassero che il dolore vulvare fosse una scusa per evitare il sesso. Quindi, contrariamente all'ipotesi di Nguyen e colleghi, la paura degli stereotipi del medico non impedisce alle donne con dolore vulvare di cercare assistenza. Questo potrebbe essere il risultato di una causalità inversa: le donne che hanno cercato assistenza potrebbero non aver trovato un supporto adeguato dai loro medici; infatti, la maggior parte di loro ha cercato cure da tre o più medici prima di ricevere una diagnosi (Nguyen e colleghi, 2013).

### ***1.6.3 Preparazione e competenza medica***

Infine, un grande ostacolo per ottenere una corretta diagnosi e un adeguato supporto è rappresentato dai medici stessi. Ad oggi i medici non sembrano essere pronti e preparati a riconoscere ed aiutare le donne con vulvodinia. Una ricerca realizzata nel 2021 in Italia dal progetto Gruppo Ascolto Vulvodinia in collaborazione con CasaMedica Bergamo, ha evidenziato che il 77% delle pazienti si auto-diagnostica la vulvodinia tramite internet, il 5% tramite amicizie e conoscenze e soltanto il 18% ottiene una diagnosi tramite il personale sanitario. Questo potrebbe essere spiegato dalla scarsa preparazione che viene data agli studenti di medicina. Infatti, la vulvodinia non è ancora entrata a far parte regolarmente dei curricula di studio delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specializzazione: questo comporta la presenza di un personale sanitario fortemente

impreparato a diagnosticare e a trattare la sindrome. A tal proposito, lo studio di Bautrant e colleghi (2019) riferisce che il 45-65% dei ginecologi non sa diagnosticare la vulvodinia; il 40% dei ginecologi sa diagnosticarla, ma solo il 20% sa iniziare un trattamento adeguato; infine, quasi il 20% dei ginecologi conosce la diagnosi di vulvodinia ma crede che non spetti a loro iniziare un trattamento. Quindi, i medici e soprattutto i ginecologi, che dovrebbero essere i primi professionisti che entrano in contatto con le donne con vulvodinia, non sono ancora in grado di dare il supporto che queste donne si meritano. Questo potrebbe rappresentare l'ostacolo più grande, fonte di sofferenza e di percezione di ingiustizia.

### ***1.7 Invalidazione del dolore***

Le donne con vulvodinia molto spesso non si sentono comprese, ascoltate e credute dal personale sanitario (Paquet et al., 2016). Oltre a ricevere uno scarso supporto dal punto di vista medico, perfino dal punto di vista economico si trovano in una condizione disagiata. A proposito del supporto economico, in Italia la vulvodinia non è stata ancora riconosciuta dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) come malattia invalidante. Più precisamente, nel 2014 le associazioni Vincere Insieme la Vulvodinia (VIVA) e Associazione Italiana Vulvodinia (AIV) hanno presentato la documentazione scientifica per inserire la vulvodinia nei livelli essenziali di assistenza (LEA), ovvero le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini in modo gratuito o dietro pagamento di una quota di partecipazione (vulvodinia.online, 2023). L'esito di tale tentativo non è andato a buon fine e la vulvodinia non è stata riconosciuta. Infine, il più recente tentativo è

iniziato nel 2021 ed è tutt'ora in corso, presentando alla Camera dei deputati il primo progetto di legge per far riconoscere la vulvodinia come patologia invalidante (vulvodinia.online, 2023). Di conseguenza, ad oggi gli esami per ricevere una diagnosi di vulvodinia sono a pagamento ed i costi per avere una visita specialistica sono molto elevati. Inoltre, non essendoci alcun livello di assistenza, le terapie sono interamente a carico della paziente (personaltrainer.it, 2022). Le donne si ritrovano sole e senza tutela, sebbene la situazione sia indubbiamente invalidante.

L'invalidazione del dolore da parte dello Stato rappresenta sicuramente una fonte di frustrazione, tuttavia, il disagio principale della maggior parte delle donne vulvodiniche sembra essere la sensazione di non essere credute dalle persone che maggiormente dovrebbero conoscere e comprendere il loro dolore: i medici. Effettivamente, il 45,1% delle donne che si rivolge a uno specialista è accusata di somatizzare o ingigantire i propri sintomi (vulvodinia.online, 2023). La vulvodinia è una sindrome caratterizzata da dolore, il fatto che il dolore sia invisibile e che non abbia nulla di clinicamente osservabile, porta molti professionisti a non effettuare la corretta diagnosi e a ritenere che il problema sia psicosomatico, nella testa della paziente (Galizia, 2022). Questo comporta che il 40% delle donne che presenta dolore vulvare da molto tempo non si rivolge al proprio medico perché percepisce del pregiudizio nei confronti dei propri sintomi (vulvodinia.online, 2023). Due sono i metodi principali per reagire a tale situazione: alcune donne effettuano viaggi costosi per andare da specialisti informati sulla patologia perché nelle vicinanze non ce ne sono, altre si convincono che quello che provano è normale e che il dolore fa parte della vita di una donna (vulvodinia.online, 2023). Le donne vulvodiniche sono sottoposte per anni a terapie errate, esami invasivi e ad operazioni evitabili, non

riuscendo a trovare una spiegazione a tale dolore non vengono credute e quindi vengono inviate a professionisti della salute mentale ritendo che il loro problema sia esclusivamente psicologico (vulvodinia.org, 2023).

In relazione ai sentimenti di invalidazione e di isolamento che sperimentano le donne vulvodiniche, Nguyen e colleghi (2012) hanno condotto uno studio che ha dimostrato che il 9% delle donne vulvodiniche prova sentimenti di invalidazione e il 14% riferisce di sentirsi isolata. Inoltre, le donne che soffrono di vulvodinia in comorbidità con altre sindromi caratterizzate da dolore invisibile, ad esempio l'endometriosi, la sindrome dell'intestino irritabile oppure la fibromialgia, riferiscono un aumento del 5% di sentirsi invalidate e del 6% di sentirsi isolate (Nguyen et al., 2012). Una maggior convalida dei sintomi da parte dei medici potrebbe generare un miglioramento del benessere psicologico e fisico delle donne vulvodiniche. A tal proposito, Brotto e colleghi (2010) hanno ipotizzato che svolgere dei seminari educativi su un gruppo di donne con vulvodinia, potesse aiutarle a comprendere maggiormente la loro condizione, a farle sentire meno isolate e più validate, così da migliorarne anche i sintomi psicologici e il funzionamento sessuale. Sono stati quindi svolti tre seminari educativi con l'obiettivo di fornire informazioni coerenti e approfondite alle donne riguardo alla loro condizione per diminuire i sintomi psicologici di frustrazione e disagio, che altrimenti sarebbero andati ad interferire con il successivo trattamento medico. I seminari sono riusciti ad ottenere dei miglioramenti sia sul funzionamento sessuale che sulla sintomatologia psicologica delle donne. Questo è avvenuto nonostante Brotto e colleghi abbiano svolto un intervento educativo e non psicoterapeutico: molto probabilmente perché queste donne sono abituate a sentirsi invalidate e non

credute, il solo fatto che qualcuno si interessi al loro benessere e riesca a dargli delle risposte, influisce positivamente sui loro sintomi.

L'invalidazione del dolore che la maggior parte di queste donne subisce, potrebbe avere come effetto la generazione del sentimento di ingiustizia percepita, ovvero un senso di ingiustizia che emerge nel momento in cui vengono violati i diritti umani fondamentali (Paquet et al., 2016). Il sentimento di ingiustizia percepita potrebbe avere un forte impatto sulla salute fisica e mentale: in particolare, sembra avere delle ripercussioni importanti sul dolore, sulla soddisfazione sessuale e sui sintomi depressivi (Paquet et al., 2016).

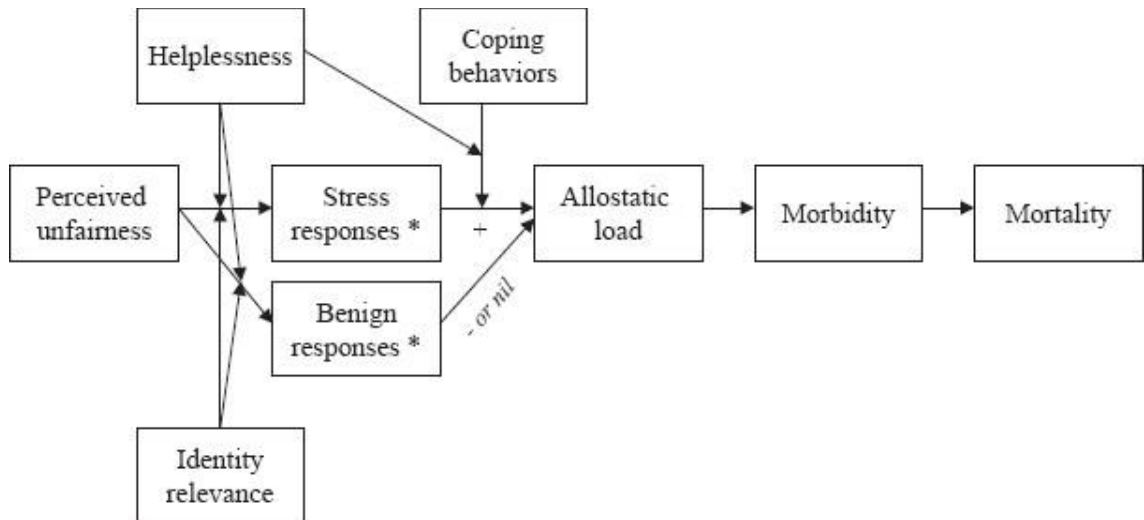
## CAPITOLO 2. INGIUSTIZIA PERCEPITA

La sofferenza generata dalla condizione di dolore cronico può indurre una sensazione di ingiustizia percepita dovuta all'inefficienza del trattamento e alle difficoltà incontrate quotidianamente (McParland et al., 2011). Ad esempio, lo studio di McParland e colleghi (2011) ha individuato tre motivi principali per cui si generano i sentimenti di ingiustizia nelle persone con dolore muscoloscheletrico: le perdite significative subite a causa del dolore, i professionisti sanitari che non applicano interventi adeguati a rimuovere il dolore e la società che tende a stigmatizzare soprattutto la sofferenza dei pazienti che sono affetti da condizioni di dolore invisibile. La percezione di ingiustizia può essere considerata una variabile modellata socialmente che agisce attivando una cascata di processi fisici e psicologici nel bersaglio e/o nell'osservatore dell'ingiustizia (Jackson et al., 2006). A tal proposito, Jackson e colleghi nel 2006 mettono a punto il *Perceived Unfairness Model*, secondo cui gli effetti della percezione dell'ingiustizia possono accumularsi e compromettere la salute fisica negli individui che sperimentano un alto livello di impotenza e di rilevanza per la propria identità.

### ***2.1 Perceived Unfairness Model***

Il *Perceived Unfairness Model* potrebbe rivelarsi una chiave di lettura risolutiva per spiegare come gli individui che sperimentano ingiustizia percepita possano andare incontro ad un peggioramento fisico e psicologico nel corso del tempo. Risulta, quindi, necessario soffermarsi sui vari possibili passaggi che

portano uno stress apparentemente innocuo ad essere una possibile fonte di mortalità.



**Figura 1:** *Perceived Unfairness Model* (Jackson et al., 2006)

Facendo riferimento a tale modello, l'ingiustizia percepita potrebbe essere considerata un particolare tipo di fattore di stress soggettivo, che si può manifestare in modo frequente in qualsiasi dominio della vita (Jackson et al., 2006). Come si può osservare nella *Figura 1*, percepire l'ingiustizia non è inevitabilmente dannoso, potrebbe avere degli effetti negativi, positivi oppure neutri sul carico allostatico, ovvero sul prezzo che il nostro organismo deve pagare per adattarsi alle condizioni mutevoli che affronta (Trabucchi et al., 2012). Infatti, oltre ad essere presenti risposte negative allo stress che aumentano il carico allostatico, possono essere presenti anche dei momenti in cui gli individui sono in grado di rispondere in modo costruttivo all'ingiustizia, determinando una risposta psicologica benigna che comporta emozioni, cognizioni e motivazioni positive che diminuiscono oppure hanno un effetto neutro sul carico allostatico.



Secondo il modello, i due fattori che influenzano la risposta allo stress sono la rilevanza per la propria identità e la percezione di impotenza. Per quanto riguarda la rilevanza dell'identità, tanto più una situazione, che viene percepita come ingiusta, è importante per la propria identità personale e/o sociale, tanto più produce effetti psicologici significativi. D'altro canto, provare un senso di impotenza di fronte ad eventi stressanti è associato a comportamenti di coping disadattivi che portano l'individuo a non agire per rimediare all'ingiustizia (Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988).

Come precedentemente affermato, percepire ingiustizia causa cambiamenti cognitivi, emotivi e motivazionali che determinano dei comportamenti di coping. Dal punto di vista cognitivo, percepire l'ingiustizia potrebbe portare a delle risposte disadattive come una diminuzione delle capacità di risoluzione dei problemi, ad una focalizzazione esclusivamente sull'ingiustizia, ad un aumento della ruminazione e della motivazione a cercare vendetta, oppure a risposte adattive quali la rivalutazione cognitiva immaginando che la situazione potrebbe essere peggiore (McParland et al., 2011). Mentre, dal punto di vista emotivo, l'ingiustizia potrebbe generare rabbia, depressione, paura, sentimenti di privazione, ostilità e senso di colpa (McParland et al., 2011). Infine, percepire l'ingiustizia può causare cambiamenti nella propria motivazione, ad esempio ad aiutare gli altri, ad affiliarsi con gli altri e ad apportare cambiamenti nell'ambiente sociale (Jackson et al., 2006). Così si generano degli specifici comportamenti di coping che mediano il legame tra stress e carico allostatico.

Il *Perceived Unfairness Model* delinea un percorso attraverso il quale la percezione dell'ingiustizia influenza non solo lo stress ma anche la salute fisica.

Infatti, l'attivazione fisiologica apparentemente piccola e innocua nel tempo, come l'ingiustizia percepita, a lungo andare potrebbe provocare una varietà di risposte fisiche negative. Più precisamente, il legame tra carico allostatico e la salute potrebbe essere spiegato dall'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). In condizioni di stress l'asse HPA potrebbe diventare ipoattivo o iperattivo generando un livello eccessivamente basso o eccessivamente alto di catecolamine e glucocorticoidi, aumentando così il rischio di disturbi autoimmuni, infiammatori e cardiovascolari, che a loro volta sono correlati ad un aumentato rischio di mortalità prematura (Sternberg, 1997). Ad esempio, un coping centrato sulle emozioni potrebbe aumentare il carico allostatico generando livelli di cortisolo elevati che potrebbero a loro volta essere collegati ad un peggioramento della salute fisica (McEwen et al., 1997).

Quindi, percepire frequentemente ingiustizia può rivelarsi innocuo nel caso di breve esposizione, tuttavia se non si verifica un adattamento, gli effetti della percezione di un'ingiustizia apparentemente piccola possono maturare effetti importanti sulla salute nel corso della vita. In conclusione, il modello suggerisce che il carico allostatico è un modo per spiegare come gli effetti fisici deleteri possano maturare da percezioni apparentemente minori di ingiustizia. L'ingiustizia, quindi, può avere un impatto su uno dei beni più cruciali nella vita, ossia la salute fisica (Jackson et al., 2006).

Il *Perceived Unfairness Model* potrebbe essere applicato alle donne con vulvodinia, in quanto, le persone che soffrono di una condizione di dolore invisibile potrebbero essere esposte quotidianamente a situazioni che generano sentimenti di ingiustizia. Come precedentemente affermato, impiegano molti anni per ricevere la

giusta diagnosi, non ricevono il trattamento che meritano a causa di operatori sanitari che invalidano il loro dolore, non ricevono un supporto a livello economico, medico e sociale e non riescono a svolgere semplici attività quotidiane a causa del dolore. Tutti questi aspetti potrebbero contribuire a generare un forte senso di ingiustizia associato ad impotenza che porta le donne a smettere di cercare una soluzione, come dimostrato dallo studio di Harlow e colleghi (2014) che afferma che quasi la metà delle donne vulvodiniche non cerca un trattamento. Inoltre, tale condizione ha una forte rilevanza per la propria identità, poiché non permette loro di avere una vita sufficientemente soddisfacente dal punto di vista fisico, psicologico e sessuale. Sembra infatti che le donne vulvodiniche presentino maggiori segni di stress cronico rispetto alle donne senza vulvodinia, come dimostrato da uno studio svolto da Ehrstrom e colleghi (2009) in cui viene individuato un livello alterato di cortisolo mattutino nelle donne vulvodiniche. Quindi, applicando il *Perceived Unfairness Model* alle donne vulvodiniche, potrebbe essere possibile individuare gli effetti dell'ingiustizia percepita sulla generazione di un forte carico allostatico che interferirebbe con la loro salute fisica peggiorando il loro dolore, il loro funzionamento sessuale ed i sintomi depressivi (Paquet et al., 2016).

## ***2.2 Ingiustizia percepita e dolore***

Esperire cronicamente o per un lungo periodo di tempo dolore fisico potrebbe facilmente portare a percepire un senso di ingiustizia in relazione a ciò che l'individuo ha perduto e in relazione alla società che stigmatizza la condizione di sofferenza. La percezione di ingiustizia, a sua volta, potrebbe determinare un

aumento del dolore, poiché specifiche credenze di ingiustizia potrebbero non favorire il processo di accettazione del dolore cronico bloccando strategie di regolazione emotiva efficaci (McParland et al., 2011). Quindi, la percezione di ingiustizia, definita come una valutazione che riflette la gravità e l'irreparabilità della perdita e della colpa, è stata identificata come una barriera nel recupero efficace nelle persone che soffrono di dolore acuto e cronico (McParland et al., 2011). Infatti, tali sentimenti limiterebbero il repertorio di coping determinando dei comportamenti disadattivi per gestire il dolore (Sturgeon et al., 2017).

Alcuni studi hanno tentato di dimostrare che l'ingiustizia percepita è un fattore di rischio per il peggioramento del dolore cronico. Ad esempio, Ferrari e colleghi (2014) hanno condotto uno studio per verificare la correlazione tra ingiustizia percepita e dolore nei pazienti con artrite reumatoide e fibromialgia. Dai risultati si evince che la fibromialgia è associata a livelli più alti di ingiustizia percepita e di dolore rispetto all'artrite reumatoide. Quindi, se ne potrebbe dedurre che gli individui che percepiscono la loro condizione di dolore come ingiusta, tendono a riferire un dolore maggiore rispetto a chi non percepisce ingiustizia relativamente alla propria condizione. Tuttavia, trattandosi di uno studio trasversale, non è possibile verificare se la percezione di ingiustizia causi un aumento del dolore, oppure se l'aumento di dolore causi un maggiore sentimento di ingiustizia (Ferrari et al., 2014).

Eppure, i processi attraverso i quali l'ingiustizia percepita influisce sugli esiti del dolore rimangono indefiniti. A tal proposito, Scott e colleghi (2013) hanno ipotizzato il ruolo mediatore della rabbia per spiegare come l'ingiustizia percepita possa generare un aumento del dolore cronico. È stato proposto che l'ingiustizia

percepita potesse essere l'antecedente cognitivo della rabbia nei pazienti con dolore cronico (Trost et al., 2012). Tramite un'analisi di regressione gerarchica hanno mostrato che la rabbia media completamente la relazione tra ingiustizia percepita e intensità del dolore; quindi, la rabbia sembrerebbe il veicolo attraverso il quale l'ingiustizia percepita influisce su tale intensità. I meccanismi attraverso i quali la rabbia potrebbe contribuire ad un aumento del dolore sono vari. Ad esempio, è stato dimostrato che l'induzione della rabbia è seguita da un aumento della tensione muscolare e della pressione sanguigna sistolica che possono aumentare la sensibilità al dolore (Burns et al., 2008). Inoltre, la rabbia è associata ad una disfunzione degli oppioidi endogeni in risposta a stimoli dolorosi, generando così un'alterata inibizione degli stimoli dolorifici (Bruehl et al., 2007).

### ***2.3 Ingiustizia percepita e depressione***

Molto spesso i sintomi depressivi coesistono con le condizioni di dolore persistente (Scott et al., 2012). Tuttavia, non tutte le persone che soffrono di dolore cronico presentano sintomi depressivi: questo potrebbe suggerire il ruolo moderatore di alcuni fattori psicologici nell'insorgenza dei sintomi depressivi. Secondo il Modello di "diatesi-stress" (Selye, 1936), i sintomi depressivi insorgono nel momento in cui i fattori di vulnerabilità (diatesi) interagiscono con fattori contestuali rilevanti per la vulnerabilità (stress). Alcuni autori suggeriscono che qualsiasi fattore che aumenta il livello di minaccia percepita del dolore o il peso delle sue perdite concomitanti, potrebbe servire come diatesi per i sintomi della depressione (Banks et al., 1996). Secondo Scott e colleghi (2012) i fattori psicologici, come l'ingiustizia percepita, interagendo con lo stress del dolore,

potrebbero aumentare il rischio di sviluppare e mantenere i sintomi depressivi associati al dolore. L'ingiustizia percepita contribuisce a generare stili cognitivi negativi che aumentano la vulnerabilità per sintomi depressivi (Gibb et al., 2004) e potrebbe aumentare l'impatto emotivo negativo degli eventi avversi (Mikula et al., 1998).

A tal proposito, Scott e colleghi (2012) hanno deciso di fare uno studio con l'obiettivo di indagare il ruolo moderatore dell'ingiustizia percepita sulla relazione dolore-depressione nei pazienti con dolore muscoloscheletrico persistente. I risultati hanno mostrato che i pazienti con punteggi elevati di ingiustizia percepita hanno riportato livelli elevati di depressione e di gravità del dolore. I ricercatori hanno condotto un'analisi di regressione gerarchica per esaminare se l'ingiustizia percepita aumentasse la relazione tra dolore e sintomi depressivi. Da tale analisi si è potuto osservare che l'interazione tra gravità del dolore e ingiustizia percepita ha contribuito ad un significativo aumento dei sintomi depressivi. Dunque, i risultati hanno mostrato che la severità del dolore è significativamente associata con sintomi depressivi nei partecipanti con un alto livello di ingiustizia percepita e non in quelli con un basso livello di ingiustizia percepita, suggerendo il ruolo moderatore dell'ingiustizia percepita nell'aumento dell'impatto negativo del dolore sui sintomi depressivi negli individui con dolore muscoloscheletrico persistente. Tuttavia, il disegno correlazionale non permette di fare interpretazioni certe sulla direzione di causalità dei risultati: infatti, è plausibile che l'aumento dei sintomi depressivi porti a una maggior percezione dell'ingiustizia percepita e non viceversa (Scott et al., 2012).

#### ***2.4 Ingiustizia percepita e funzionamento sessuale***

Dato il ruolo centrale della sessualità nella qualità di vita degli individui, molte donne con vulvodinia che riferiscono sintomi di dispareunia e i loro partner possono provare un senso di ingiustizia per quanto riguarda la perdita della loro capacità di avere una vita sessuale piacevole e soddisfacente (Paquet et al., 2016). Facendo riferimento al *Perceived Unfairness Model*, la vittima dell'ingiustizia può considerare l'impatto dell'ingiustizia non solo per sé stessa, ma anche per le persone che considera significative. Nel caso della vulvodinia la donna potrebbe considerare l'impatto anche per il proprio partner sessuale (Paquet et al., 2016).

Percepire l'ingiustizia potrebbe essere un meccanismo importante con cui l'ingiustizia esterna del percepire il dolore genito-pelvico si interiorizza e influenza il disagio sessuale e psicologico delle coppie afflitte. Alcuni studi, come quello di Sprecher (1986), hanno dimostrato che la percezione di ingiustizia era correlata ad una minore soddisfazione sessuale. Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che quando una fonte di angoscia, come il dolore genito-pelvico, sorge in una relazione, emergono emozioni negative che spostano l'attenzione verso il dolore e di conseguenza creano difficoltà sessuali (Paquet et al., 2016). Tuttavia, potrebbe non essere il dolore stesso a creare delle difficoltà sessuali, ma piuttosto la reazione psicologica ad esso associata (Connor et al., 2020).

Coerentemente con l'ipotesi che l'ingiustizia percepita potrebbe impattare non solo la vittima dell'ingiustizia, ma anche le persone significative coinvolte, nello studio di Paquet e colleghi (2016), l'ingiustizia percepita dalle donne e dai partner era in entrambi correlata a livelli più elevati di disagio sessuale. Tuttavia, mentre l'ingiustizia percepita da parte dei partner era significativamente associata alla

loro insoddisfazione sessuale, nelle donne questa associazione non era presente. Quindi, l'esperienza di ingiustizia sembra essere più rilevante per la soddisfazione sessuale dei partner piuttosto che per le donne stesse. Secondo Paquet e colleghi (2016) il risultato relativo alle differenze di correlazione tra ingiustizia percepita e soddisfazione sessuale riportato dai due partner potrebbe essere spiegato dal Modello di risposta sessuale femminile proposto dalla Basson (2000). Secondo il modello, la maggior parte delle donne, contrariamente agli uomini, si impegna nell'attività sessuale principalmente per ottenere vicinanza emotiva con il partner, piuttosto che per puro desiderio sessuale. Questo suggerisce che la soddisfazione sessuale delle donne sarebbe maggiormente determinata dalla vicinanza emotiva, motivo per il quale nello studio di Paquet risulterebbero più soddisfatte sessualmente rispetto agli uomini. Allo stesso modo, nello studio di Bennett-Brown e colleghi (2022), condotto su un campione di donne con dolore vulvovaginale cronico, hanno mostrato il ruolo determinante del partner per la soddisfazione sessuale delle donne. Più precisamente, le donne che ricevevano un adeguato supporto da parte del partner, erano associate a livelli minori di ansia e di insoddisfazione sessuale. Quindi, è possibile dedurre che la soddisfazione sessuale delle donne vulvodiniche potrebbe essere migliorata da una qualità della relazione positiva con il proprio partner.

Sono stati, quindi, riportati alcuni studi che mostrano come l'ingiustizia percepita potrebbe essere un fattore di rischio per il dolore, per la depressione e per il funzionamento sessuale negli individui che soffrono di dolore cronico. Tuttavia, in letteratura non sono presenti sufficienti studi che indagano la correlazione tra tali variabili specificatamente per il dolore pelvico cronico. Sarebbe quindi auspicabile



indagare il costrutto dell'ingiustizia percepita più approfonditamente, poiché potrebbe risultare fondamentale anche per un eventuale percorso di cura psicoterapeutico (Paquet et al., 2016).

### ***2.5 Presentazione dello studio***

Il presente studio si pone l'obiettivo di verificare ed estendere le ipotesi ed i risultati presenti in letteratura relativamente al ruolo dell'ingiustizia percepita in vari aspetti che fanno parte dell'esperienza di dolore pelvico cronico. In letteratura sono presenti vari limiti rispetto a questa tematica. In primis, non sono presenti studi che indagano quali variabili indipendenti potrebbero rappresentare fattori di rischio per l'insorgenza del sentimento di ingiustizia percepita. Inoltre, la maggior parte degli studi sono stati svolti su un campione di individui con altro tipo di dolore cronico e non sul dolore pelvico cronico.

L'ipotesi che andremo a testare nel presente studio sarà quella di indagare se la percezione di ingiustizia dipende principalmente da due variabili indipendenti: il ritardo diagnostico e l'invalidazione del dolore, poiché sono tra i punti cardine che caratterizzano il dolore pelvico cronico, in particolare la vulvodinia.

Inoltre, in letteratura sono presenti alcuni studi che indagano la relazione tra ingiustizia percepita e funzionamento sessuale, ma nessuno di questi ha indagato l'effetto specifico che ha l'ingiustizia per ognuno dei seguenti costrutti: eccitazione mentale, lubrificazione e soddisfazione sessuale. Nel presente studio abbiamo ipotizzato che le donne con dolore pelvico cronico potrebbero godere di una maggiore soddisfazione sessuale, lubrificazione ed eccitazione mentale, nel caso in cui percepiscano positivamente la relazione con il proprio partner e quindi si

sentano supportate e comprese, soddisfatte della propria relazione e innamorate. Infine, andremo ad osservare se anche i sintomi depressivi e il dolore hanno un impatto sulle tre variabili del funzionamento sessuale.

Per quanto riguarda la relazione tra ingiustizia percepita e dolore, vorremmo replicare lo studio svolto da Scott e colleghi (2013), andando a testare il possibile ruolo mediatore della rabbia nella relazione tra ingiustizia e dolore. Tuttavia, lo studio di Scott e colleghi ha utilizzato un campione di 173 individui con dolore muscoloscheletrico, mentre noi tenteremo di replicare tale studio con un campione più ampio di donne (n=415) con dolore pelvico cronico.

Infine, relativamente alla depressione, cercheremo di testare ed estendere i risultati dello studio di Scott e colleghi (2012) che afferma il ruolo moderatore dell'ingiustizia percepita nella relazione tra dolore e depressione in un campione di 107 individui con dolore muscoloscheletrico. Nel nostro studio utilizzeremo un campione molto più ampio (n=415) di donne con dolore pelvico cronico. Inoltre, andremo ad osservare se i sintomi depressivi potrebbe dipendere anche dall'effetto positivo di una relazione di qualità con il proprio partner.

## CAPITOLO 3. METODI

I dati presentati nel seguente elaborato fanno parte dello studio intitolato “*Luci e Ombre della Sessualità e Salute Genitale Femminile*”, un progetto di ricerca che vuole indagare i fattori psicologici, sociali e di salute che possono influenzare il comportamento e le abitudini sessuali femminili, comprendendo inoltre le esperienze di dolore e la salute genitale. L’obiettivo del presente studio è quello di indagare la prevalenza e le caratteristiche del dolore vulvare e/o vaginale e dei disturbi dall’area genito-pelvica femminile, ponendo un particolare focus sui molteplici fattori che vi sono associati. L’indagine è stata svolta interamente online ed è stata approvata dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica dell’Università di Padova.

### ***3.1 Procedura***

Il progetto è stato strutturato in tre parti, ciascuna delle quali prevede la compilazione online dei questionari. Ogni sezione è preceduta da un modulo di consenso informato, che contiene informazioni relative all’anonimato e che garantisce l’utilizzo dei dati unicamente ai fini della ricerca e il rispetto della massima riservatezza. Sottoscrivendo il consenso, la partecipante dichiara di essere maggiorenne, di aderire volontariamente alla ricerca e di essere a conoscenza delle finalità del progetto di ricerca, della confidenzialità con la quale saranno trattati i suoi dati e dell’impossibilità di ottenere la restituzione dei dati raccolti una volta inviati.

### ***3.1.1. Primo questionario***

Con la scansione del QR-code sui segnalibri oppure con l'utilizzo del *link online*, le partecipanti hanno potuto accedere alla prima fase dello studio. Il questionario è stato realizzato sulla piattaforma digitale *Qualtrics*. Una volta aperto il *link*, compare il video ideato e realizzato dalle studentesse del *Padova Sex Lab* in cui viene illustrato in pochi minuti in cosa consiste il progetto, quali sono gli obiettivi e viene incoraggiata la partecipazione a prescindere dalla propria esperienza personale. A seguito della visione del video e della sottoscrizione del consenso, le partecipanti possono compilare il questionario che ha una durata media di circa quindici minuti. Il questionario è suddiviso in otto parti principali, ognuna delle quali con delle domande specifiche:

- 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).

Il tipo e la quantità di domande variano in base alle risposte fornite dalla partecipante. Nel caso in cui la partecipante afferma di soffrire di dolore vulvare e/o vaginale oppure di infezioni quali cistite o candida, al termine del questionario le verrà proposto di accedere alla seconda fase dello studio più specifica per il dolore. Prima dell'accesso al secondo questionario, viene presentato un nuovo

video, realizzato sempre dal *Padova Sex Lab*, in cui la partecipante viene ringraziata per il suo impegno e viene incoraggiata a rispondere alle nuove domande rilasciando il proprio indirizzo di posta elettronica.

### ***3.1.2 Secondo questionario***

La seconda fase dello studio si apre con una spiegazione della struttura e delle aree tematiche approfondite in questa parte. La compilazione richiede un tempo di circa 10-15 minuti. Prima di iniziare a rispondere alle domande viene nuovamente chiesto alla partecipante di indicare il proprio indirizzo di posta elettronica, necessario per accoppiare i dati dei diversi questionari. Anche il secondo questionario è diviso in otto parti:

- 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 questionario viene data la possibilità di lasciare un commento o un suggerimento riguardo allo studio. Successivamente la partecipante viene ringraziata e invitata a partecipare alla terza e ultima fase della ricerca. Tramite un nuovo e ultimo video realizzato dal *Padova Sex Lab* vengono definite le modalità e gli obiettivi dell'ultima fase dello studio e la partecipante viene invitata a scaricare

un'applicazione dal proprio dispositivo elettronico. Se la partecipante desidera partecipare, le viene inviato via e-mail il *link* per scaricare l'applicazione e la password da utilizzare per poter accedervi gratuitamente.

### ***3.1.3 Terzo questionario***

L'ultima fase dello studio consiste nell'utilizzo dell'applicazione chiamata "*Vulvae*" realizzata dal team di ricerca francese *Les Observables SAS*. L'applicazione si interessa della vulva e del dolore vulvare. Mediante l'applicazione viene chiesto di compilare un breve questionario giornaliero di circa tre minuti per due mesi, che permettere di monitorare la variazione dei sintomi 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. Ogni giorno l'applicazione invia una notifica per invitare la partecipante a compilare il questionario, così da evitare che sia la partecipante a doversi ricordare di inserire i dati. Il questionario è diviso in sette parti:

- 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**

Il campione di questo studio è stato selezionato in base a due criteri di inclusione principali: il genere femminile assegnato alla nascita e l'età pari o superiore ai diciotto anni. Al primo questionario hanno partecipato 2901 donne, di cui 702 sono state escluse perché non lo hanno completato interamente. Delle 2199 donne rimanenti, 1083 hanno risposto di non provare alcun dolore vulvare e/o vaginale e quindi non sono state selezionate per proseguire con il secondo questionario, 341 hanno affermato di provare dolore vulvare, 194 di provare dolore vaginale e 581 di provare sia dolore vulvare che vaginale. Di queste 1116 donne con dolore vulvare e/o vaginale, 415 hanno accettato di proseguire lo studio compilando interamente il secondo questionario. Il presente elaborato fa dunque riferimento ad un campione finale di 415 donne, di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

	<b>Partecipanti</b>
<b>Età</b>	
Massima	64
Minima	18
Media	30,4
Deviazione Standard	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%)
Aseessuale	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%)
Specializzaione	15 (3,6%)

***Tabella 1.** Caratteristiche socio-demografiche delle partecipanti che hanno compilato interamente il primo ed il secondo questionario e che rappresentano il campione finale dello studio.*

Le partecipanti allo studio sono state reclutate in presenza e online. Più specificatamente, per il reclutamento in presenza sono stati realizzati dei segnalibri con il nome dello studio, una breve descrizione degli obiettivi di tale progetto ed un QR-code necessario per accedere e partecipare allo studio. Per poter offrire eventuali chiarimenti o per segnalare eventuali problemi in merito allo studio, sul segnalibro sono stati riportati l'indirizzo di posta elettronica e l'account Instagram della pagina "Padovasexlab", creata dal presente gruppo di ricerca per promuovere la divulgazione e la sensibilizzazione su tematiche inerenti alla sessualità. La distribuzione dei segnalibri è stata effettuata in più zone della città di Padova, all'interno di diverse facoltà e nel corso di alcuni eventi ad elevata partecipazione femminile. Durante l'attività di volantinaggio è stata posta particolare attenzione all'inclusione di donne di qualsiasi fascia d'età, purché maggiorenni, sottolineando

l'interesse a qualsiasi tipo di storia personale, sessuale e di salute. Per quanto riguarda il reclutamento online, è stata realizzata una versione digitale dei segnalibri. L'invito a partecipare allo studio è stato diffuso soprattutto con la pagina Instagram "Padovasexlab", diffondendo il *link* per poter accedere allo studio. La diffusione mediante tale piattaforma ha previsto il coinvolgimento di altre pagine e associazioni interessate alla tematica e che si sono mostrate disponibili alla diffusione e alla pubblicizzazione gratuita dello studio all'interno dei loro profili social. In particolare, la sponsorizzazione tramite Instagram ha ricevuto un importante contributo dal Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo, di cui fanno parte pazienti e professionisti di tali sindromi sul territorio nazionale.

### ***3.3 Misure utilizzate per le analisi attuali***

Le misure che verranno presentate di seguito sono quelle utili agli scopi di questo elaborato. Nello studio sono stati utilizzati alcuni item del primo questionario e altri del secondo questionario. Dal primo sono stati selezionati gli item per misurare il ritardo diagnostico, l'invalidazione del dolore, il dolore, la depressione, la soddisfazione sessuale, la lubrificazione e l'eccitazione mentale. Mentre, dal secondo questionario sono stati selezionati gli item per misurare l'ingiustizia percepita, il sentimento della rabbia nei confronti del proprio dolore e la qualità della relazione con il partner. Per le variabili presentate di seguito, ad eccezione della variabile del ritardo diagnostico, è stata realizzata e presa in considerazione la media delle domande appartenenti alla scala (vedi Tabella 2).

***Ritardo diagnostico.*** Per misurare quanti anni la partecipante ha impiegato per riuscire ad ottenere la giusta diagnosi di una o più delle patologie del dolore pelvico cronico è stata utilizzata una sola domanda (vedi Tabella 2). La domanda prevedeva un range di risposta da meno di un anno a più di dieci anni. Nel caso in cui fossero presenti più diagnosi, abbiamo utilizzato il periodo di tempo più lungo tra le diverse diagnosi.

***Invalidazione del dolore.*** L'invalidazione del dolore è stata misurata con due domande (vedi Tabella 2). Le domande prevedevano tre risposte (0=No, mai; 1=Sì, una o due volte; 2=Sì, più volte). Punteggi più alti indicavano l'aver subito una maggiore invalidazione del dolore, ovvero all'aver avuto l'esperienza di sentirsi sminuita, ignorata oppure di non sentirsi presa sul serio per quanto riguarda il proprio dolore.

***Dolore.*** Il dolore genitale è stato suddiviso in "spontaneo" (quando il dolore e il fastidio sono avvertiti anche in assenza di stimolazione) e "provocato" (quando i sintomi si presentano a seguito di una stimolazione) ed è stato misurato con tre item per ciascuna tipologia riguardanti l'intensità, il fastidio e lo stress associati (vedi Tabella 2). Le domande prevedevano cinque risposte (0=assente, 1=basso, 2=moderato, 3=severo, 4=insostenibile) relative alle ultime due settimane. Un punteggio elevato indica un dolore genitale insostenibile, mentre un punteggio basso indica un dolore lieve o assente.

**Sintomi depressivi.** Per misurare i sintomi depressivi sono state utilizzate tre domande (vedi tabella 2) relative alle ultime due settimane. La scala prevedeva quattro risposte (0=mai, 1=alcuni giorni, 2=più della metà dei giorni, 3=quasi tutti i giorni). Ottenere un punteggio elevato corrispondeva ad una maggior presenza di sintomi depressivi nella partecipante. L'alpha di Cronbach è di  $\alpha = 0,89$ .

**Soddisfazione sessuale.** Per misurare la soddisfazione sessuale sono stati utilizzati tre items estratti dalla sottoscala “*Satisfaction*” del *Femal Sexual Function Index (FSFI)*. Le domande fanno riferimento alle ultime quattro settimane e sono rivolte specificatamente alle donne che hanno praticato attività sessuale nell'ultimo mese. Alla partecipante è stato chiesto di rispondere a tre domande (vedi Tabella 2) che prevedevano cinque risposte (5=molto soddisfatta, 4=abbastanza soddisfatta, 3=né soddisfatta né insoddisfatta, 2=abbastanza insoddisfatta, 1=molto insoddisfatta). Un punteggio più elevato corrispondeva ad una maggiore soddisfazione sessuale. Nello studio attuale l'alfa di Cronbach è di 0,78.

**Lubrificazione.** Per misurare la lubrificazione sono stati utilizzati quattro items estratti dalla sottoscala “*Lubrication*” del *Femal Sexual Function Index (FSFI)*. Le domande fanno riferimento alle ultime quattro settimane e hanno potuto rispondere soltanto le donne che hanno praticato attività sessuale nell'ultimo mese. Alla partecipante è stato chiesto di rispondere a quattro domande (vedi Tabella 2), due delle quali prevedevano un tipo risposte (5=sempre o quasi sempre, 4=più della metà delle volte, 3=circa la metà delle volte, 2=meno della metà delle volte, 1=mai o quasi mai) e le restanti due prevedevano un altro tipo di risposte (1=impossibile

o quasi, 2=molto difficile, 3=abbastanza difficile, 4=poco difficile, 5=per niente difficile). Un punteggio elevato corrispondeva ad un'elevata lubrificazione sessuale. Nello studio attuale l'alfa di Cronbach è di 0,93.

***Eccitazione mentale.*** Per misurare l'eccitazione mentale sono stati utilizzati quattro items estratti dalla sottoscala "Arousal" del *Femal Sexual Function Index (FSFI)*. Le domande fanno riferimento alle ultime quattro settimane e sono rivolte alle donne che hanno praticato attività sessuale nell'ultimo mese. Alla partecipante è stato chiesto di rispondere a cinque domande facendo riferimento alle ultime quattro settimane (vedi Tabella 2). La partecipante aveva cinque opzioni di risposta (5=sempre o quasi sempre, 4=più della metà delle volte, 3=circa la metà delle volte, 2=meno della metà delle volte, 1=mai o quasi mai), oppure (5=molto alto, 4=alto, 3=moderato, 2=basso, 1=molto basso), oppure (5=estremamente sicura, 4=molto sicura, 3=abbastanza sicura, 2=poco sicura, 1=per niente sicura). Un punteggio elevato corrispondeva ad un'elevata eccitazione mentale. Nello studio attuale l'alfa di Cronbach è di 0,9.

***Ingiustizia percepita.*** L'ingiustizia percepita è stata misurata con quattro items (vedi Tabella 2) estratti dall'*Injustice Experiences Questionnaire (IEQ)* riguardanti la percezione di ingiustizia legata al dolore. Le partecipanti hanno valutato ogni item su una scala numerica di cinque punti che va da 0 (mai) a 4 (sempre). Punteggi più alti sull'IEQ riflettono una maggiore ingiustizia percepita. Nello studio attuale l'alfa di Cronbach è di 0,82.

**Rabbia.** Per misurare la rabbia rispetto al proprio dolore è stato utilizzato un solo item (vedi Tabella 2). La risposta viene valutata su una scala numerica a 5 punti che va da 0 (mai) a 4 (sempre). Punteggi più alti riflettono un maggiore sentimento di rabbia per il proprio dolore genitale.

**Qualità della relazione.** La misurazione della qualità della relazione si è basata su tre domande (vedi Tabella 2). La prima domanda fa riferimento alla soddisfazione rispetto alla propria relazione ed ha cinque opzioni di risposta (4=molto alta, 3=alta, 2=moderata, 1=bassa, 0=molto bassa). La seconda e la terza domanda fanno rispettivamente riferimento al sentirsi compresa e supportata dal partner e al sentirsi innamorata del partner. Entrambe hanno cinque opzioni di risposta (4=moltissimo, 3=molto, 2=abbastanza, 1=poco, 0=per niente). Un punteggio elevato corrispondeva ad una percezione molto positiva della qualità della propria relazione. Nello studio attuale l'alfa di Cronbach è di 0,82.

	MEAN	ALPHA DI CRONBACH	N
<b>RITARDO DIAGNOSTICO</b>	4,2035	-	280
<i>RD1: Quanto tempo è passato prima che tu ricevesti una diagnosi accurata di vulvodinia/ vulvodinia provocata/ vulvodinia generalizzata/ vulvodinia localizzata/ vestibulodinia/ vaginismo/ dispareunia/ neuralgia del pudendo?</i>			
<b>INVALIDAZIONE DEL DOLORE</b>	0,9649	-	414
<i>INV1: Ti è mai stato detto da uno specialista sanitario che il tuo dolore è normale e devi imparare a convivervi?</i>			
<i>INV2: Ti è mai stato detto da uno specialista sanitario che il tuo dolore è solo nella tua testa e dovresti solo rilassarti?</i>			
<b>DOLORE</b>	2,0096	-	413
<i>D1: Indicare nell'arco delle ultime due settimane, come valuteresti: intensità del dolore genitale spontaneo/provocato</i>			
<i>D2: Indicare nell'arco delle ultime due settimane, come valuteresti: fastidio associato al dolore genitale spontaneo/provocato</i>			
<i>D3: Indicare nell'arco delle ultime due settimane, come valuteresti: stress associato al dolore genitale spontaneo/provocato</i>			

<b>SINTOMI DEPRESSIVI</b>	1,2698	0,8934	415
DEP1: <i>Durante le ultime 2 settimane, quanto spesso hai provato disagio dovuto a ciascuno dei seguenti problemi? Sentirsi giù</i>			
DEP2: <i>Durante le ultime 2 settimane, quanto spesso hai provato disagio dovuto a ciascuno dei seguenti problemi? Sentirsi depressa</i>			
DEP3: <i>Durante le ultime 2 settimane, quanto spesso hai provato disagio dovuto a ciascuno dei seguenti problemi? Sentirsi senza speranza.</i>			
<b>SODDISFAZIONE SESSUALE</b>	2,7801	0,781	414
SS1: <i>Nelle ultime 4 settimane: quanto ti sei sentita soddisfatta del grado di vicinanza emotiva provata con la partner sessuale durante l'attività sessuale?</i>			
SS2: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto ti sei sentita soddisfatta della relazione sessuale con la tua partner?</i>			
SS3: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto ti sei sentita soddisfatta dalla tua vita sessuale in generale?</i>			
<b>LUBRIFICAZIONE</b>	2,8469	0,9346	121
L1: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto spesso ti sei sentita lubrificata (bagnata) durante un rapporto sessuale (senza lubrificante)?</i>			
L2: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto è stato difficile essere lubrificata (bagnata) durante un rapporto sessuale (senza lubrificante)?</i>			
L3: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto spesso hai mantenuto un livello adeguato di lubrificazione fino alla fine del rapporto sessuale (senza lubrificante)?</i>			
L4: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto è stato difficile mantenere un livello di lubrificazione adeguato fino alla fine del rapporto sessuale (senza lubrificante)?</i>			
<b>ECCITAZIONE MENTALE</b>	3,2355	0,9053	121
EM1: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto spesso ti sei sentita eccitata mentalmente durante il rapporto sessuale?</i>			
EM2: <i>Nelle ultime 4 settimane: Come valuteresti il tuo livello di eccitazione mentale ("sentirsi eccitata") durante il rapporto sessuale?</i>			
EM3: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto eri sicura che saresti stata mentalmente eccitata durante il rapporto sessuale?</i>			
EM4: <i>Nelle ultime 4 settimane: Quanto spesso ti sei sentita soddisfatta del tuo livello di eccitazione sessuale mentale (sentirsi eccitata) durante il rapporto sessuale?</i>			
<b>INGIUSTIZIA PERCEPITA</b>	2,3981	0,8207	415
IP1: <i>Quando rifletti sul tuo dolore, quanto spesso ti capita di pensare che: Non è giusto che sia io a provare questo dolore</i>			
IP2: <i>Quando rifletti sul tuo dolore, quanto spesso ti capita di pensare che: Mi sento come se mi avessero tolto qualcosa di molto prezioso</i>			
IP3: <i>Quando rifletti sul tuo dolore, quanto spesso ti capita di pensare che: Nessuno dovrebbe vivere così</i>			
IP4: <i>Quando rifletti sul tuo dolore, quanto spesso ti capita di pensare che: Ho paura che non riuscirò mai a raggiungere i miei sogni</i>			
<b>RABBIA</b>	2,2385	-	415
R1: <i>Nelle ultime 4 settimane, in riferimento al tuo dolore genitale, quanto spesso ti sei sentita: arrabbiata</i>			

<b>QUALITA' DELLA RELAZIONE</b>	3,1043	0,8259	329
QR1: <i>Quanto sei soddisfatta della tua relazione?</i>			
QR2: <i>Ti senti supportata, compresa dalla partner?</i>			
QR3: <i>Ti senti innamorata della tua partner?</i>			

**Tabella 2.** *Misure utilizzate, con relative medie, alfa di Cronbach, numero di risposte e domande utilizzate per valutarle.*



## CAPITOLO 4. RISULTATI

L'analisi dei dati è stata svolta utilizzando il modello di equazione strutturale (*Structural Equation Modeling, SEM*). Lo studio ha voluto indagare specificatamente il dolore pelvico cronico e per questo è stato selezionato il campione di donne che affermava di soffrire di una delle sindromi del dolore pelvico cronico e che aveva completato interamente il primo e il secondo questionario (n=415). Il modello è stato testato e gli indici di Fit indicano che corrisponde bene ai dati osservati (CFI= 0,942; TLI= 0,894; NFI= 0,913; RMSEA= 0,063), inoltre, tutti i coefficienti di regressione sono stati standardizzati. Nel modello, piuttosto che utilizzare variabili latenti, sono stati utilizzati i punteggi della media dei costrutti oppure il valore grezzo del costrutto nel caso in cui fosse presente una sola domanda, in modo da ridurre il numero di variabili e di poter valutare l'interazione tra ingiustizia percepita e dolore nel prevedere la depressione.

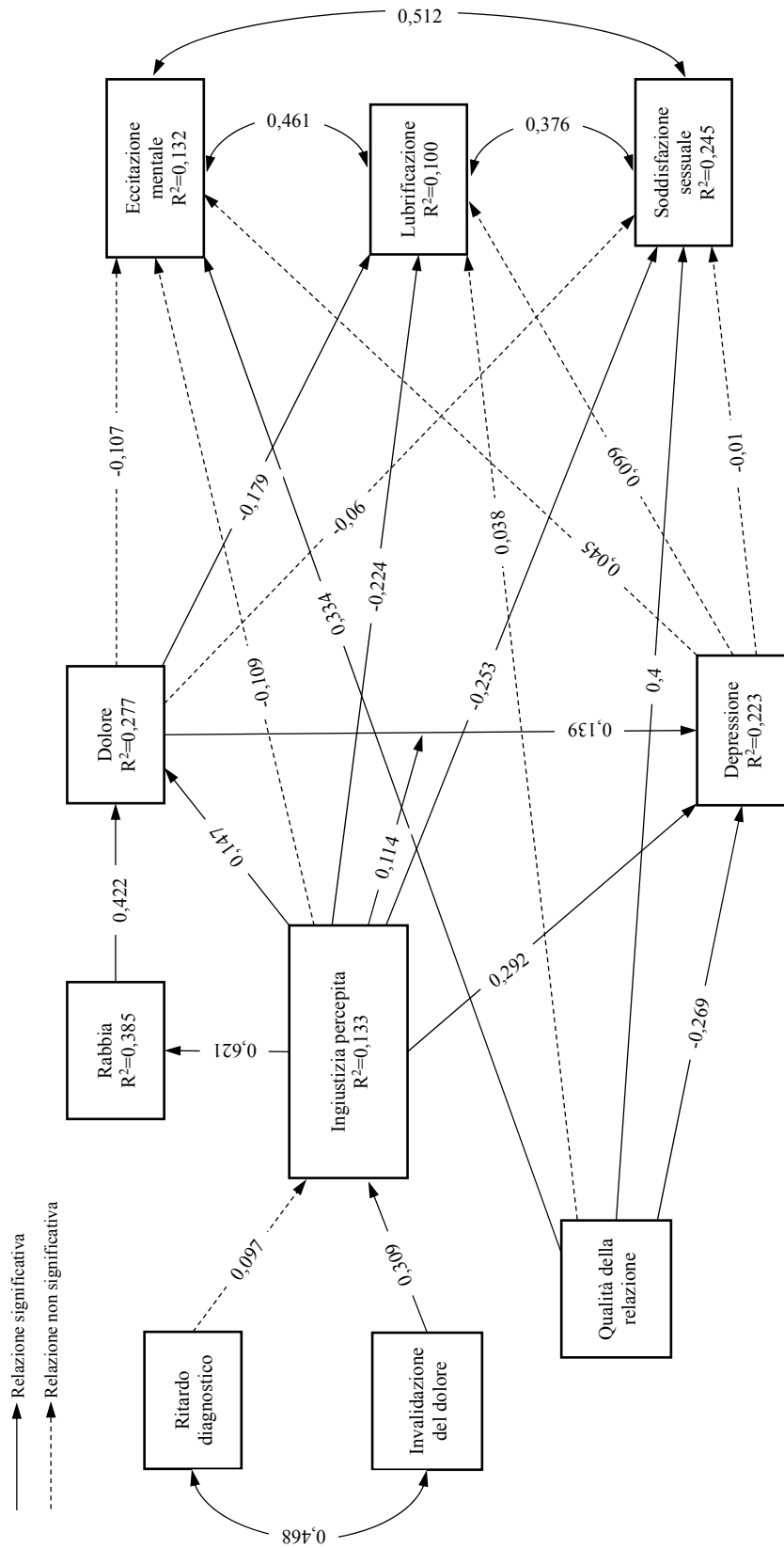


Figura 2: modello di analisi effettuato con coefficienti di regressione standardizzati.

Come illustrato nella Figura 2, il presente studio ha focalizzato l'attenzione sull'ingiustizia percepita, andandola ad analizzare sia come variabile dipendente che come variabile indipendente. In primo luogo, l'ingiustizia è stata considerata come variabile dipendente andando a valutare l'effetto del ritardo diagnostico e dell'invalidazione del dolore su di essa. La correlazione tra ritardo diagnostico e invalidazione del dolore è risultata piuttosto elevata (vedi Figura 2), tuttavia, diversamente da quanto ipotizzato, i risultati mostrano che soltanto la variabile dell'invalidazione del dolore sembra avere un'associazione significativa sul sentimento di ingiustizia ( $\beta = 0.309$ ;  $p < 0,0001$ ). D'altro canto, sembra che il numero di anni impiegati per ricevere una diagnosi accurata non siano rilevanti per il sentimento di ingiustizia percepita (vedi Figura 2).

Nello stesso modello è stato analizzato il ruolo dell'ingiustizia percepita come variabile indipendente. Siamo quindi andati ad analizzare l'effetto diretto e indiretto dell'ingiustizia percepita sul dolore. Più precisamente, è stato analizzato il ruolo mediatore della rabbia nella relazione tra ingiustizia percepita e dolore, come già effettuato in precedenza da Scott e colleghi (2013) su un altro tipo di campione. I risultati del nostro studio confermano ed ampliano quelli di Scott e colleghi (2013), mostrando che anche in un campione di donne con dolore pelvico cronico, l'effetto della rabbia sembra mediare la relazione tra ingiustizia e dolore. In Figura 2, possiamo notare l'effetto significativo diretto dell'ingiustizia sul dolore ( $\beta = 0.147$ ;  $p = 0,0058$ ), tuttavia, il vero responsabile di tale effetto sembra essere l'intervento di una terza variabile, ovvero la rabbia. Infatti, l'ingiustizia predice significativamente la rabbia ( $\beta = 0.621$ ;  $p < 0.0001$ ) e a sua volta la rabbia predice significativamente il dolore ( $\beta = 0.422$ ;  $p < 0.0001$ ). Si può notare che l'effetto

diretto dell'ingiustizia sul dolore è minore rispetto all'effetto indiretto mediato dalla rabbia (vedi Figura 2). È stata quindi confermata la nostra ipotesi iniziale per cui la rabbia potrebbe essere il veicolo attraverso il quale il sentimento di ingiustizia esperito dalle donne influisce sull'aumento del dolore.

Inoltre, è stata analizzata l'interazione tra ingiustizia percepita e dolore nel prevedere i sintomi depressivi. I risultati confermano la nostra ipotesi iniziale e ampliano quanto già effettuato da Scott e colleghi (2012) su un altro tipo di campione. Infatti, dall'analisi si evince che l'ingiustizia percepita potrebbe moderare l'effetto del dolore sui sintomi depressivi nelle donne con dolore pelvico cronico. Si può osservare (vedi Figura 2) che quando l'ingiustizia percepita aumenta di una unità, l'effetto del dolore sulla depressione aumenta di 0,114 unità e quindi aumentano i sintomi depressivi; mentre, quando l'ingiustizia diminuisce di una unità, l'effetto del dolore sui sintomi depressivi diminuisce di 0,114 unità e quindi decrescono i sintomi depressivi. In conclusione, l'interazione tra ingiustizia e dolore indica che l'effetto del dolore cambia di una unità al variare dell'ingiustizia. Oltre a ciò, è stato analizzato l'effetto che una relazione con il proprio partner percepita positivamente può avere sui sintomi depressivi. Come ipotizzato, avere una relazione in cui le donne si sentono comprese, supportate, soddisfatte e innamorate, è correlato negativamente con i sintomi depressivi ( $\beta = -0.269$ ;  $p < 0,0001$ ) (vedi Figura 2). Quindi, dal nostro modello di analisi si evince che sia l'interazione tra ingiustizia percepita e dolore che l'avere una relazione di qualità con il proprio partner potrebbero avere un impatto sui sintomi depressivi.

Infine, il nostro modello ha analizzato gli effetti dell'ingiustizia percepita, della depressione, della qualità della relazione e del dolore sul funzionamento

sessuale. In particolare, ci siamo soffermati su tre aspetti del funzionamento sessuale: l'eccitazione mentale, la lubrificazione e la soddisfazione sessuale. È stata effettuata una correlazione tra tutte le variabili del funzionamento sessuale e questa risultava essere piuttosto elevata in ogni coppia (vedi Figura 2). Tuttavia, i risultati non corrispondono perfettamente alle nostre ipotesi iniziali. Per quanto riguarda l'ingiustizia percepita, sembra che questa abbia un effetto negativo sulla lubrificazione ( $\beta = -0.224; p = 0,0003$ ) e sulla soddisfazione sessuale ( $\beta = -0.253; p < 0,0001$ ), mentre l'effetto sull'eccitazione mentale non è significativo (vedi Figura 2). Per quanto riguarda la depressione i risultati sono completamente inaspettati: infatti, la depressione ha un effetto non significativo su tutte le variabili del funzionamento sessuale (vedi Figura 2). Invece, la variabile del dolore mostra un effetto significativo sulla lubrificazione ( $\beta = -0.179; p = 0,0037$ ), mentre non ha un effetto significativo sull'eccitazione mentale e sulla soddisfazione sessuale (vedi Figura 2). Infine, la variabile che ha un effetto maggiore sull'eccitazione mentale ( $\beta = 0.334; p < 0,0001$ ) e sulla soddisfazione sessuale ( $\beta = 0.4; p < 0,0001$ ) sembra essere la qualità della relazione, la quale però non ha un effetto significativo sulla lubrificazione.

## CAPITOLO 5. DISCUSSIONE

I risultati maggiormente rilevanti ottenuti dal presente studio sono stati i seguenti. In primis, differentemente da quanto ipotizzato, soltanto l'invalidazione del dolore ha un effetto negativo sul sentimento di ingiustizia percepita, mentre il ritardo diagnostico non mostra alcun effetto su tale sentimento. Per quanto riguarda l'ingiustizia percepita, questa risulta essere una variabile di notevole importanza, poiché i nostri risultati mostrano il suo ruolo significativo sull'aumento del dolore, sull'aumento dei sintomi depressivi e sul peggioramento del funzionamento sessuale, in particolare sulla lubrificazione e sulla soddisfazione sessuale. Più precisamente, i nostri risultati mostrano il ruolo mediatore della rabbia nella relazione tra ingiustizia percepita e dolore. Inoltre, l'ingiustizia percepita risulta essere la moderatrice nell'effetto del dolore sull'aumento dei sintomi depressivi. Infine, è interessante notare come la qualità della relazione con il proprio partner sia l'unica variabile che ha mostrato un effetto maggiore sul funzionamento sessuale rispetto all'ingiustizia percepita. D'altro canto, il dolore ha mostrato un effetto soltanto sulla lubrificazione, mentre la depressione non ha mostrato alcun effetto. Andiamo ad approfondire ed interpretare i risultati appena riportati.

È interessante notare che nonostante le variabili del ritardo diagnostico e dell'invalidazione del dolore siano correlate tra loro, soltanto l'invalidazione del dolore risulta rilevante per la generazione del sentimento di ingiustizia percepita. Dunque, sembra che nelle donne con dolore pelvico cronico non sia fondamentale il tempo trascorso per ricevere una diagnosi corretta, piuttosto i fattori che incidono maggiormente sulla percezione di ingiustizia sono il sentimento di invalidazione, lo sminuimento del proprio dolore e la sensazione di non sentirsi ascoltate oppure

credute. Ne possiamo dedurre che per le donne con dolore pelvico cronico è essenziale instaurare un rapporto umano emotivamente positivo, in particolare con il personale sanitario: infatti, per non percepire ingiustizia, risulta fondamentale essere credute, ascoltate e aiutate per il proprio dolore, piuttosto che ricevere immediatamente la diagnosi corretta. Quindi, una possibile interpretazione è che il problema assistenziale oggettivo, ovvero i numerosi anni trascorsi per ricevere la giusta diagnosi, hanno un calibro inferiore rispetto all'aspetto umano che riguarda il rapporto medico-paziente. Pertanto, dal punto di vista clinico, gli operatori sanitari dovrebbero essere incoraggiati a fornire supporto e informazioni alle pazienti: le donne con dolore pelvico cronico sono abituate a sentirsi invalidate e il solo fatto che qualcuno si interessi al loro benessere potrebbe influire positivamente sui sentimenti di ingiustizia e di conseguenza sui loro sintomi.

Lo studio di Brotto e colleghi (2010) è coerente con la nostra interpretazione. Gli autori hanno ipotizzato che svolgere dei seminari educativi alle donne vulvodiniche, potesse farle sentire meno isolate e più validate. Nel loro studio, infatti, è stato visto che svolgere dei seminari educativi sulla propria condizione di dolore, produceva dei miglioramenti dal punto di vista psicologico e di conseguenza anche dal punto di vista fisico. Se gli operatori iniziassero a fornire il giusto supporto e le informazioni alle pazienti, potrebbero contribuire a non rafforzare l'idea che il dolore sia "tutto nella loro testa". Inoltre, sarebbe auspicabile incoraggiare le pazienti a cercare aiuto da organizzazioni di pazienti, come la *National Vulvodynia Association* (Brotto et al., 2010), oppure l'Associazione Italiana Vulvodinia (AIV) così da ridurre il loro senso di isolamento e quindi di ingiustizia.

La percezione di ingiustizia ha un effetto diretto significativo sul dolore. I nostri risultati sono in accordo con altri studi svolti in precedenza su un altro tipo di campione, ad esempio, quello di Ferrari e colleghi (2014) svolto su pazienti con artrite reumatoide e fibromialgia. Una possibile interpretazione di tale risultato potrebbe essere fornita dal fatto che quando le donne con dolore pelvico cronico esperiscono dei sentimenti di ingiustizia potrebbero mettere in atto degli stili di coping disadattivi che comportano un aumento del dolore. Seguendo il *Perceived Unfairness Model* di Jackson e colleghi (2006), le donne con dolore pelvico che si sentono continuamente incomprese e svalutate soprattutto dai medici che dovrebbero essere le figure di maggior supporto, potrebbero sperimentare un forte senso di impotenza che si associa a comportamenti di coping disadattivi. Uno dei comportamenti disadattivi legato al senso di impotenza è quello di smettere di cercare aiuto e soluzione al problema. Questo ovviamente limiterebbe la possibilità di ricevere una cura efficace e la ricerca di professionisti in grado di accogliere e comprendere la sofferenza e di conseguenza provocherebbe un progressivo aumento del dolore.

In accordo con quanto appena detto, lo studio di Bond e colleghi (2022) ha individuato che il 40%-50% delle donne con dolore genitale cronico non aveva mai consultato un medico a causa di mancanza di fiducia nel trovare una soluzione al problema, di paura dello stigma e del trattamento subito da parte dei medici. Inoltre, la ricerca di un trattamento variava in base alla sintomatologia dolorosa presentata: le donne che sperimentavano sintomi più lievi e dolore provocato solo dal contatto avevano meno probabilità di cercare cure, ma anche di ricevere un trattamento (Bond et al., 2022). Questo molto probabilmente è dovuto ad un maggior



sentimento di svalutazione subito e quindi ad una maggior senso di impotenza di fronte ad un sistema sanitario che non presenta una conoscenza adeguata di tale tipologia di dolore.

Tuttavia, dai nostri risultati, nella relazione tra ingiustizia percepita e dolore, si riscontra un effetto maggiore quando si considera il ruolo mediatore della rabbia all'interno di tale relazione. Dunque, è presente un effetto indiretto che risulta essere più grande dell'effetto diretto. I nostri risultati confermano quanto svolto in precedenza da Scott e colleghi (2013) su un altro tipo di pazienti con dolore muscoloscheletrico. In letteratura sono presenti molti studi che dimostrano che la rabbia potrebbe esacerbare il dolore (Bruehl et al., 2002; Carson et al., 2005; Kerns et al., 1994), ma cerchiamo di capire più nel dettaglio con quali meccanismi questo potrebbe avvenire. È possibile individuare una spiegazione facendo sempre riferimento al *Perceived Unfairness Model* di Jackson e colleghi (2006), in cui si afferma che percepire un senso di ingiustizia per la propria condizione di dolore cronico, potrebbe innescare un coping emotivo disadattivo. Come ipotizzato da Scott e colleghi (2013), l'emozione che prevale in una situazione in cui non si vedono rispettati i propri diritti potrebbe essere la rabbia. La rabbia è un'emozione che può scaturire dalla valutazione che in qualche modo si è stati offesi e infatti i pazienti con dolore cronico spesso si sentono offesi poiché si percepiscono vittime di un'ingiustizia (Trost et al., 2012). La rabbia potrebbe agire aumentando il dolore poiché rafforza la tendenza a focalizzare l'attenzione su di esso (Eccleston, Crombez, 1999). Inoltre, le persone che provano ingiustizia tendono a ruminare sulla propria condizione e questo indirizza l'attenzione verso questioni irrisolvibili piuttosto che sul trattamento. Dunque, la rabbia alimentata dal senso di ingiustizia,

potrebbe generare un eccessivo focus sul dolore che contribuirebbe ad incrementarlo.

Sono presenti ulteriori interpretazioni per spiegare come la rabbia possa esacerbare il dolore, una di queste riguarda il sistema endocrino. Più precisamente, l'espressione della rabbia è associata ad una disfunzione antinocicettiva degli oppioidi endogeni (Bruehl et al., 2007; Burns et al., 2005) che provoca un'aumentata gravità del dolore cronico. Burns e colleghi (2005) dimostrano che utilizzare regolarmente farmaci oppioidi in pazienti con un'elevata espressione della rabbia compensa il deficit di oppioidi endogeni e mitiga gli effetti della rabbia sull'intensità del dolore cronico. Inoltre, la rabbia può influenzare la reattività allo stress nei muscoli vicino al sito del dolore aggravandone l'intensità, come dimostrato dallo studio di Burns (1997). Dunque, l'ingiustizia percepita agirebbe andando ad aumentare la rabbia per la propria condizione che a sua volta provocherebbe un aumento dell'intensità del dolore.

È dunque importante individuare il veicolo attraverso il quale l'ingiustizia percepita agisce sul dolore per poter intervenire in ambito clinico. I nostri risultati, come quelli di Scott e colleghi del 2013, suggeriscono la rabbia come possibile veicolo attraverso il quale l'ingiustizia percepita influisce sull'intensità del dolore. Questo potrebbe essere utile in ambito clinico per progettare degli interventi per la gestione della rabbia per le persone che soffrono di dolore cronico. A tal proposito, lo studio di Graham e colleghi (2008), ha esaminato gli effetti di un intervento basato sull'espressione scritta della rabbia in pazienti con dolore cronico. Dai risultati si evince che esprimere la rabbia attraverso questo metodo ha comportato un miglioramento della gravità del dolore. In letteratura vengono descritte ulteriori

strategie di intervento utili per gestire la rabbia e quindi il dolore, ad esempio l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Questo tipo di interventi usa metafore ed esercizi esperienziali per dimostrare come la lotta per controllare la rabbia possa esacerbare la sofferenza. Questo potrebbe essere efficace per ridurre la rabbia nei pazienti con dolore cronico e conseguentemente per ridurre il dolore (Eifert et al., 2006).

Nel nostro studio è stata inoltre analizzata l'interazione tra ingiustizia percepita e dolore per prevedere i sintomi depressivi. Tale analisi si è ispirata allo studio condotto da Scott e colleghi (2012) su un diverso campione di pazienti con dolore muscoloscheletrico. Coerentemente con quanto individuato da Scott e colleghi, si può osservare come il dolore abbia un effetto sulla depressione, tuttavia, l'intensità dell'effetto del dolore sui sintomi depressivi cambia al variare del valore dell'ingiustizia percepita. In studi precedenti è stato visto che la comorbidità tra dolore e depressione è piuttosto alta, i pazienti con dolore cronico hanno un tasso di comorbidità che raggiunge da un terzo alla metà dei pazienti (Radat et al., 2011). Questo però dimostra che la restante metà dei pazienti che soffre di dolore cronico non sviluppa sintomi depressivi. Sono quindi presenti dei fattori che intervengono all'interno di questa relazione per spiegare come soltanto alcuni pazienti con dolore cronico sviluppano sintomi depressivi. Il nostro studio, come quello di Scott e colleghi (2012), ipotizza e dimostra il ruolo moderatore dell'ingiustizia percepita all'interno della relazione.

Per quanto riguarda il legame tra dolore cronico e sintomi depressivi, questo può essere spiegato con il modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984). Secondo il modello, il dolore viene concettualizzato come uno stressor

cronico. L'individuo che lo sperimenta ne fa una valutazione in termini di perdita, ingiustizia o incomprensione (valutazione primaria) e capacità di controllarlo (valutazione secondaria). Questo determina il modo in cui l'individuo farà fronte al dolore e quindi l'attuazione di una determinata strategia di coping. Se le valutazioni primaria e secondaria sono disfunzionali, il soggetto rischia di sviluppare depressione (Radat et al., 2011). Dunque, possiamo dedurre che se l'individuo valuta la situazione di dolore cronico come ingiusta, poiché si sente incompreso e sente di aver perso la capacità di svolgere le normali attività quotidiane, e inoltre si sente impotente e crede di non aver controllo, sarà maggiormente a rischio di sviluppare sintomi depressivi. I nostri risultati possono dunque essere interpretati seguendo il modello di Lazarus e Folkman, in quanto tutte le donne del nostro campione sperimentano dolore pelvico cronico, ma soltanto quelle che mettono in atto un tipo di valutazione primaria basata su un forte senso di ingiustizia, presentano un maggiore effetto del dolore sui sintomi depressivi.

Risulta dunque importante intervenire a livello clinico per ridurre il sentimento di ingiustizia percepita. Gli interventi terapeutici di ultima generazione, come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), si concentrano sullo sviluppo di migliori strategie di coping, tra cui l'accettazione. Con il termine accettazione si intende la disponibilità a esperire pienamente le emozioni negative che si stanno sperimentando, come nel caso dell'ingiustizia percepita. Non è un sinonimo di rassegnazione o sopportazione, ma piuttosto un comportamento intenzionale di apertura e disponibilità ad accogliere l'esperienza per come si presenta, in modo da non mettere in atto gli stili di coping disfunzionali che fino a quel momento hanno peggiorato la situazione (Barcaccia, 2019).

Infine, il nostro studio si è focalizzato sui possibili predittori che influenzano il funzionamento sessuale. La variabile che ha predetto maggiormente il funzionamento sessuale è stata la qualità della relazione, seguita poi dall'ingiustizia percepita, successivamente dal dolore e infine la variabile dei sintomi depressivi che non ha predetto alcuna misura del funzionamento sessuale. Alcuni di questi risultati sono piuttosto inaspettati e non del tutto concordi con i risultati presenti ad oggi in letteratura.

Lo studio di Paquet e colleghi (2016) ha individuato un'associazione tra ingiustizia percepita e disagio sessuale nelle donne con dolore genito-pelvico. Questo è in accordo con quanto individuato nel nostro studio, ma i nostri dati aggiungono informazioni alla letteratura presente andando a suddividere e specificare quali misure del funzionamento sessuale risultano maggiormente predette dall'ingiustizia percepita. Nel presente studio, infatti, l'ingiustizia percepita predice maggiormente un basso livello di lubrificazione e di soddisfazione sessuale. Una possibile interpretazione di questi risultati può essere data dal fatto che le donne con dolore pelvico cronico pensano che non sia giusto avere una vita sessuale dolorosa e insoddisfacente e questo potrebbe dirigere il focus dell'attenzione sui pensieri e sulle emozioni negative piuttosto che godersi il momento presente. Questo si esplica in stili di coping disadattivi, tra cui la ruminazione basata sulle emozioni. A tal proposito, nello studio di Connor e colleghi (2020) sono stati esaminati i predittori della soddisfazione sessuale nelle donne con vulvodinia ed è stato osservato che soltanto la ruminazione basata sulle emozioni era predittiva della soddisfazione sessuale. A livello clinico, gli interventi psicologici dovrebbero mirare ad aumentare l'accettazione del dolore

vulvovaginale, piuttosto che rimuginare sull'ingiustizia subita. Difatti, lo studio di Boerner e Rosen (2015) mostra come l'accettazione del dolore produca un miglioramento del dolore e del funzionamento sessuale.

Uno dei predittori cardine del funzionamento sessuale nei nostri risultati è la relazione positiva con il proprio partner nelle donne con dolore pelvico cronico, piuttosto che il dolore oppure i sintomi depressivi. Gli studi presenti in letteratura, come quello di Bennet-Brown e colleghi (2022), confermano i benefici apportati da un appropriato livello di supporto emotivo, dimostrando il ruolo determinante del partner nella soddisfazione sessuale delle donne con dolore vulvovaginale cronico. Le donne con dolore pelvico cronico considerano l'impatto della condizione in cui si trovano non solo per sé stesse, ma anche per le persone che considerano significative (Jackson et al., 2006). Il partner, quindi, diventa un elemento chiave e questo viene confermato dai nostri risultati. Infatti, avere una relazione in cui ci si sente soddisfatte, supportate e innamorate ha predetto una buona eccitazione mentale e una buona soddisfazione sessuale. La qualità della relazione è stato il maggior predittore del funzionamento sessuale e questo può essere spiegato facendo riferimento al Modello di risposta sessuale femminile della Basson (2000). Rosemary Basson ha infatti proposto un modello in cui la donna non è sempre mossa dal desiderio sessuale o dalla fantasia erotica per iniziare l'attività sessuale, piuttosto sembra essere la sensazione di intimità emotiva che la porta a ricercare stimolazione sessuale o ad essere più ricettiva all'attività sessuale avviata dal partner. Questo spiegherebbe il motivo per cui avere una buona relazione con il proprio partner determinerebbe una maggiore vicinanza emotiva e quindi un

maggior funzionamento sessuale, che nel nostro modello si esplica infatti in una più elevata soddisfazione sessuale ed eccitazione mentale.

Contrariamente, nei risultati del nostro studio, il dolore non risulta un predittore significativo per la soddisfazione sessuale e per l'eccitazione mentale, ma soltanto per la lubrificazione. Coerentemente, Aerts e colleghi (2016) hanno individuato che l'intensità del dolore non era correlata alla funzione sessuale o alla soddisfazione sessuale in un campione di donne con vestibulodinia provocata. Questo non è conforme alla nostra ipotesi iniziale, in cui si supposeva che provare dolore nella zona vulvovaginale potesse avere un effetto negativo sul funzionamento sessuale e pertanto il trattamento di uno avrebbe alleviato anche l'altro. Ma i risultati inaspettati raggiunti potrebbero spiegare i risultati ottenuti dallo studio di Bergeron e colleghi (2001), in cui la diminuzione del dolore nelle donne con vestibulodinia provocata non portava ad un ripristino del funzionamento sessuale. Questo ci porta ad ipotizzare che sia l'approccio psicologico al dolore piuttosto che l'intensità del dolore che contribuisce maggiormente alla soddisfazione sessuale (Connor et al., 2020). In effetti, nell'analisi del nostro modello la reazione psicologica al dolore, come il sentimento di ingiustizia nei confronti del proprio dolore, predice maggiormente gli effetti sul funzionamento sessuale rispetto al dolore in sé; tuttavia, questo non avviene per i sentimenti depressivi.

Differentemente da quanto ipotizzato, i sintomi depressivi non predicano alcuna misura del funzionamento sessuale. Questo non è concorde con i risultati presenti in letteratura svolti su un campione di soggetti diverso. Infatti, la revisione sistematica di Atlantis e Sullivan (2012), mostra che la depressione predice la

disfunzione sessuale in tutti gli studi esaminati. Tuttavia, la maggior parte di questi studi sono stati condotti su uomini di mezza età, quindi per poter generalizzare i risultati sarebbe auspicabile condurre delle analisi sui modelli di rischio nella popolazione femminile (Atlantis e Sullivan, 2012). Ma anche la revisione sistematica svolta da Chisari e colleghi (2021) sui fattori psicosociali associati alla funzione sessuale nelle donne con vulvodinia, mostra che i sintomi depressivi sono significativamente associati ad un basso livello di funzionamento sessuale. In studi precedenti è stato dimostrato che la depressione coinvolge alterazioni profonde del funzionamento del sistema nervoso autonomo, dei pattern emotivi e cognitivi, della motivazione e dell'autostima, tali da spiegare i problemi nelle componenti del desiderio sessuale, dell'eccitazione sessuale e dell'orgasmo, anche in assenza di trattamento farmacologico (Clayton et al., 2014). Una possibile interpretazione dei diversi risultati raggiunti è il fatto che nel nostro modello il funzionamento sessuale è stato misurato utilizzando la lubrificazione, l'eccitazione mentale e la soddisfazione sessuale: è plausibile che se avessimo utilizzato altre misure del funzionamento sessuale, come l'orgasmo e il desiderio sessuale, avremmo ottenuto dei risultati diversi.

### ***5.1 Limitazioni***

Questo studio presenta alcune limitazioni, ciascuna delle quali suggerisce possibili direzioni per la ricerca futura. La prima riguarda la natura trasversale e correlazionale del disegno di ricerca. Non essendo uno studio di tipo longitudinale e quindi non studiando come cambiano le misurazioni durante un determinato arco temporale, non è possibile fare interpretazioni certe sulla causalità dei risultati, ma



soltanto interpretazioni ipotetiche sulla direzionalità. Questo non permette di superare i limiti presenti negli studi sull'ingiustizia percepita che sono stati realizzati fino ad oggi.

Un altro aspetto che può essere evidenziato come limite è il fatto che i dati sono stati raccolti mediante l'utilizzo di misure self-report. Questo ha sicuramente avuto il vantaggio di essere facile ed economico ed ha fornito importanti informazioni dalla prospettiva della partecipante. Tuttavia, questo tipo di misurazioni presenta degli svantaggi: potrebbe non essere stato chiaro ciò che si intendeva chiedere alle partecipanti, le partecipanti potrebbero non aver risposto in modo veritiero per mancanza di consapevolezza o per desiderabilità sociale e infine le domande potrebbero non essere state interpretate correttamente. È opportuno però sottolineare che in un simile contesto di indagine, in cui i costrutti fanno riferimento ad aspetti strettamente personali come la sessualità ed il dolore vulvo-vaginale, non è facile trovare appropriate soluzioni alternative migliori e quindi l'autocompilazione risulta lo strumento più adeguato.

Inoltre, tale ricerca non è stata realizzata appositamente per indagare l'ingiustizia percepita ed i suoi effetti nello specifico, ma piuttosto per avere una visione globale dell'esperienze di dolore, della salute genitale e dei fattori psicologici, sociali e di salute associati. Per tale motivo la misurazione di alcune variabili potrebbe essere migliorata. Ad esempio, la misurazione della variabile della rabbia si è basata su un'unica domanda, poiché all'interno del questionario non erano presenti altri items che la trattavano. Inoltre, nel presente studio la misurazione del funzionamento sessuale non è stata indagata in ogni sua sfaccettatura, poiché abbiamo preferito focalizzare l'attenzione soltanto su tre

aspetti. Dunque, in uno sviluppo futuro della presente ricerca, sarebbe auspicabile indagare anche gli altri aspetti del funzionamento sessuale ed indagare più dettagliatamente alcune variabili aumentandone gli items.

Infine, il presente studio non fornisce una totale generalizzabilità dei risultati, come la maggior parte degli studi presenti in letteratura. Questo è dovuto alla tipologia del campione. Il fatto che i questionari siano scritti in italiano ha impedito a donne che non comprendono l'italiano scritto di partecipare alla ricerca con conseguente scarsa eterogeneità culturale del campione. Tuttavia, occorre sottolineare che pochissimi studi in letteratura offrono la possibilità di un assessment multilingue. Inoltre, il fatto che fosse possibile svolgere i questionari esclusivamente online ha impedito alle donne prive di qualche tipo di dispositivo elettronico di partecipare.

Pertanto, lo studio rappresenta un buon punto di partenza per affrontare il sentimento di ingiustizia percepita, una variabile che si è rivelata molto importante ma che fino ad oggi è stata trascurata. Tuttavia, lo studio non è privo di limitazioni e per tale motivo nella ricerca futura dovranno essere apportati i miglioramenti sopra citati per poter confermare oppure smentire i risultati da noi raggiunti. Dunque, alla luce delle presenti aree di problematicità si sottolinea la necessità di operare cautela nell'interpretare i risultati della presente analisi.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il nostro elaborato ha analizzato il ruolo dell'ingiustizia percepita in un campione di 415 donne con dolore pelvico cronico. Dai risultati ottenuti si evince che alla base del sentimento di ingiustizia e degli effetti che esso produce, è presente la variabile dell'invalidazione del dolore, ovvero l'aver avuto esperienza di sentirsi sminuita, ignorata oppure non presa sul serio soprattutto dal personale sanitario. Come ipotizzato, nel momento in cui le donne con dolore pelvico cronico sperimentano la sensazione di aver subito un'ingiustizia per la condizione di dolore in cui si trovano e per il modo in cui vengono trattate, si creano delle ripercussioni sul benessere fisico, mentale e sessuale.

I dati ottenuti nel nostro studio sull'invalidazione del dolore coincidono con ciò che già sapevamo da studi condotti precedentemente. Infatti, il 70% delle donne vulvodiniche ha avvertito la sensazione di non essere creduta riguardo ai propri sintomi, il 40% preferisce non rivolgersi più ad un medico perché percepisce del pregiudizio verso i propri sintomi ed il 45,1% che si rivolge ad uno specialista è accusata di somatizzare o ingigantire i propri sintomi (vulvodinia.online, 2023). L'invalidazione del dolore provato da queste donne avviene in varie circostanze, come dimostrato dalle loro testimonianze:

*<< Mi portarono al Pronto Soccorso ma, dopo ore di attesa, tutto quello che i medici seppero consigliarmi fu: “non pensarci che passa!”. Io provai a non pensarci ma non passò >> (vulvodinia.online, 2023).*

*<< Se una ragazza ha sette vaginiti all'anno e non c'è presenza di batteri o funghi, dovrebbe essere un campanello d'allarme sufficiente, no? Invece i medici mi dicevano che ero stressata >> (internazionale.it, 2022).*

*<< A quel punto si tocca il fondo: non solo non ci sono cure, non esiste neanche la malattia: “È tutto nella tua testa”. Un medico arrivò a dirmi che avevo una relazione disfunzionale con il mio partner. Se lo avessi amato davvero non avrei provato dolore >> (internazionale.it, 2022).*

La novità che questo elaborato apporta rispetto agli studi precedenti è proprio quella di cercare di capire quali ripercussioni può avere nelle donne con dolore pelvico cronico sperimentare l'invalidazione del dolore appena discussa. Il nostro studio ha ipotizzato che tale invalidazione potesse generare il sentimento di ingiustizia percepita, il quale non era stato ancora molto approfondito nell'ambito del dolore pelvico cronico. La nostra analisi ha effettivamente confermato le nostre ipotesi: i dati mostrano come subire invalidazione può effettivamente generare dei sentimenti di ingiustizia percepita, la quale a sua volta determina un peggioramento sintomatologico.

L'ingiustizia percepita è stata analizzata all'interno di un modello complesso che comprendeva numerose variabili. Come precedentemente affermato, l'ingiustizia percepita si è dimostrata un predittore del dolore, della depressione e del funzionamento sessuale e dunque un costrutto da non sottovalutare nel percorso di assessment e di cura. Uno dei risultati più inaspettati è stato quello relativo agli effetti dell'ingiustizia percepita e della depressione sul funzionamento sessuale: infatti, mentre l'ingiustizia ha mostrato un effetto significativo sulla soddisfazione sessuale e sulla lubrificazione, la depressione non ha ottenuto alcun effetto significativo. Questo fa capire quanto erroneamente si dia per scontato che le variabili più studiate, come la depressione, siano necessariamente le variabili che otterranno i risultati più significativi. All'opposto,

per progredire nella conoscenza è necessario cambiare prospettiva. Indagare variabili ritenute secondarie, come l'ingiustizia, permette non solo di migliorare la conoscenza dei fattori eziologici, di mantenimento e precipitanti, ma soprattutto di generare trattamenti più efficaci.

Lo scopo del nostro studio è dunque stato quello di individuare un nuovo possibile fattore con un ruolo chiave all'interno del dolore pelvico cronico. È proprio per questo che il nostro elaborato si è focalizzato sull'ingiustizia percepita, un elemento di rilevanza sociale piuttosto trascurato che si è rivelato invece un fattore promettente su cui continuare a fare ricerca. Inoltre, la rilevanza di tale variabile potrebbe incoraggiare la creazione di nuovi percorsi psicoterapeutici, poiché usufruire di un buon supporto psicologico può rivelarsi un importante aiuto nella cura (vulvodinia.online, 2023). Tuttavia, molti specialisti, non essendo ancora correttamente informati sulla patologia, molto spesso dubitano dei sintomi riportati dalle pazienti e quindi inviano le pazienti da uno specialista della salute mentale non tanto per aiutarle ad affrontare il vissuto psicologico legato a questa condizione, ma piuttosto perché ritengono che il problema sia “tutto nella loro testa”.

In letteratura non sono presenti studi simili, soprattutto svolti su un campione di donne con dolore pelvico cronico. Abbiamo dimostrato che alla base della cascata di reazioni che determina un peggioramento della propria condizione di dolore si trova proprio l'invalidazione dello stesso. Infatti, i risultati ottenuti dalla nostra ricerca permettono di riflettere su quanto sia essenziale dare il giusto peso alle parole e su quanto il supporto emotivo da parte dei medici sia più utile di quanto loro stessi credano. Il benessere emotivo della persona può essere annientato quando la propria sofferenza non viene compresa: le donne vulvodiniche non solo

provano dolore per mesi in quasi tutte le attività quotidiane che svolgono, ma potrebbero anche provare un forte senso di ingiustizia che le fa peggiorare drasticamente nella sintomatologia.

In conclusione, questo elaborato vuole denunciare le condizioni di vita e di cura che subiscono molte donne con dolore pelvico cronico, per poter sollecitare soprattutto un cambiamento da parte dei medici che probabilmente non sono a conoscenza di tutto ciò. Inoltre, mostrando i risultati ottenuti dal nostro modello di analisi vogliamo incoraggiare la ricerca scientifica ad indagare nuove variabili possibilmente coinvolte, in particolare l'ingiustizia percepita, per poter realizzare dei trattamenti psicoterapeutici più funzionali.



## BIBLIOGRAFIA

- Aerts, L., Bergeron, S., Pukall, C. F., & Khalifé, S. (2016). Provoked Vestibulodynia: Does Pain Intensity Correlate With Sexual Dysfunction and Dissatisfaction?. *The journal of sexual medicine*, 13(6), 955–962.
- Amalraj, P., Kelly, S. and Bachmann, G.A. (2009). Historical Perspective of Vulvodynia. In *Female Sexual Pain Disorders* (eds A.T. Goldstein, C.F. Pukall and I. Goldstein).
- Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, et al. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol* 2006; 107:617.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 9(6), 1497–1507.
- Ayling, K. and Ussher, J.M. (2008). “If sex hurts, am I still a woman?” The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch. Sex. Behav.* 37: 294–304.
- Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996;119:95-110.
- Barcaccia, B. (2019). The process of acceptance in Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Rassegna di psicologia*, 36 (1), 85-96.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.



- Bautrant, E., Porta, O., Murina, F., Muhlrad, H., Leveque, C., Riant, T., Ploteau, S., Valacogne, G., Levesque, A. (2019). Provoked vulvar vestibulodynia: Epidemiology in Europe, physio-pathology, consensus for first-line treatment and evaluation of second-line treatments. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(8), 685-688.
- Bennett-Brown, M., Adams, O. R., Campbell, J. T., Moscovici, Z., & Gesselman, A. N. (2022). Chronic Vulvovaginal Pain in Patients of Color: Benefits of Partner Supportiveness in Relation to Sexual Dissatisfaction and Distress. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 3975.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., Glazer, H. I., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91(3), 297-306.
- Bergeron, S., Reed, B. D., Wesselmann, U., & Bohm-Starke, N. (2020). Vulvodinia. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 36.
- Boerner, K. E., & Rosen, N. O. (2015). Acceptance of vulvovaginal pain in women with provoked vestibulodynia and their partners: associations with pain, psychological, and sexual adjustment. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1450–1462.
- Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Falconer, C., and Rylander, E. (1998). Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol. Obstet. Invest.* 46 (4):256–260.

- Bond, J. C., Harlow, B. L., & White, K. O. (2022). Care Seeking for Chronic Vulvar Pain Among a Large, Population-Based Sample of Reproductive-Aged Women. *Journal of women's health* (2002), 31(4), 513–520.
- Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., Coady, D., & consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS) (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstetrics and gynecology*, 127(4), 745–751.
- Brandenburg, U., & Bitzer, J. (2009). The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. *Maturitas*, 63(2), 124–127.
- Brotto, L. A., Sadownik, L., & Thomson, S. (2010). Impact of educational seminars on women with provoked vestibulodynia. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 32(2), 132–138.
- Bruehl, S., Burns, J. W., Chung, O. Y., Ward, P., & Johnson, B. (2002). Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain-free controls: the role of endogenous opioids. *Pain*, 99(1-2), 223–233.
- Bruehl, S., Chung, O. Y., Burns, J. W., & Diedrich, L. (2007). Trait anger expressiveness and pain-induced beta-endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130(3), 208-215.
- Burns J. W. (1997). Anger management style and hostility: predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of behavioral medicine*, 20(6), 505–522.

- Burns, J. W., & Bruehl, S. (2005). Anger management style, opioid analgesic use, and chronic pain severity: a test of the opioid-deficit hypothesis. *Journal of behavioral medicine*, 28(6), 555–563.
- Burns, J. W., Holly, A., Quartana, P., Wolff, B., Gray, E., & Bruehl, S. (2008). Trait Anger Management Style Moderates Effects of Actual ("State ") Anger Regulation on Symptom-Specific Reactivity and Recovery Among Chronic Low Back Pain Patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 898.
- Burns, J. W., Quartana, P. J., & Bruehl, S. (2008). Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions. *Journal of behavioral medicine*, 31, 259-279.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Goli, V., Fras, A. M., Lynch, T. R., Thorp, S. R., and Buechler, J. L. (2005). Forgiveness and chronic low back pain: a preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *J. Pain* 6: 84–91. free controls: The role of endogenous opioids. *Pain* 99: 223–233.
- 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* (London, England), 25(1), 39–50.
- Clayton, A. H., El Haddad, S., Iluonakhamhe, J. P., Ponce Martinez, C., & Schuck, A. E. (2014). Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert opinion on drug safety*, 13(10), 1361–1374.
- Connor, J. J., Haviland, M., Brady, S. S., Robinson, B. B. E., & Harlow, B. L. (2020). Psychosocial Factors Influence Sexual Satisfaction among Women with Vulvodynia. *Journal of sex & marital therapy*, 46(6), 589–598.

- Corsini-Munt, S., Bergeron, S., Rosen, N.O. et al.(2017). A dyadic perspective on childhood maltreatment for women with provoked vestibulodynia and their partners: associations with pain and sexual and psychosocial functioning. *J. Sex Res.* 54: 308–318.
- Davis, S.N., Bergeron, S., Bois, K. et al. (2015). A prospective 2-year examination of cognitive and behavioral correlates of provoked vestibulodynia outcomes. *Clin. J. Pain* 31: 333–341.
- Desrochers G, Bergeron S, Landry T, et al. Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther* 2008; 34:198
- Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull.* 1999;125:356-366.
- Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E., & Bohm-Starke, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 30(1), 73–79.
- Eifert GH, McKay M, Forsyth JP. *Act on life not on anger*. Oakland: New Harbinger Publications; 2006.
- Ferrari R, Russell AS. Perceived injustice in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2014;33(10):1501–7. doi: 10.1007/s10067-014-2552-z.
- Galizia G. (2022). *Vulvodinia e neuropatia del pudendo: un dolore senza voce. Comitato vulvodinia e neuropatia del pudendo.*

- Gibb BE, Abramson LY, Alloy LB. Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Ther Res* 2004;28:1-21.
- Goldstein, A. T., Pukall, C.F., Goldstein I. (2021) *Female Sexual Pain Disorders. Evaluation and management. Second Edition.*
- Gomez, I., Coronado, P. J., Martin, C. M., Alonso, R. & Guisasola-Campa, F. J. Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 240, 121–124 (2019).
- Graham, J. E., Lobel, M., Glass, P., & Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain. *Journal of behavioral medicine*, 31(3), 201–212.
- Granot M, Lavee Y. Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:285.
- Graziottin A, Murina F. *Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura.* Springer Verlag Italia, Milano, 2011
- Graziottin, A. (2002). Il ginecologo e la dispareunia. *Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)*, Perugia, 330-7.
- Graziottin, A., & Serafini, A. (2010). *Vulvodinia: semeiotica differenziale del dolore coitale con focus su dispareunia e vaginismo.*
- Graziottin, A., Gambini, D., & Murina, F. **DATI VU-NET: INDICAZIONI SEMEIOLOGICHE E COMORBILITÀ.**

- Harlow B, Stewart E. Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *Am J Epidemiol* 2005; 161:871
- Harlow, B. L. et al. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population based estimates from 2 geographical regions. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 210, 40.e1–8 (2014).
- Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia?. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 58(2), 82–88.
- Jackson, B., Kubzansky, L. D., & Wright, R. J. (2006). Linking perceived unfairness to physical health: The perceived unfairness model. *Review of General Psychology*, 10(1), 21–40. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.1.21>
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., and Jacob, M. C. (1994). Anger expression and chronic pain. *J. Behav. Med.* 17: 57–67.
- Khandker, M., Brady, S.S., Vitonis, A.F. et al. (2011). The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J. Women's Health* 20: 1445–1451.
- Laumann, E. O., Paik, A. & Rosen, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281, 537–544 (1999).
- Leiblum, S. R., & Graziottin, A. (2004). *Classificazione dei disturbi sessuali femminili. Principi e pratica di terapia sessuale. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pag, 115-127.*

- Maille, D.L., Bergeron, S., and Lambert, B. (2015). Body image in women with primary and secondary provoked vestibulodynia: a controlled study. *J. Sex. Med.* 12: 505–515.
- McEwen B. S., Biron C. A., Brunson K. W., Bulloch K., Chambers W. H., Dhabhar F. S., et al. (1997). The role of adrenocorticoids as modulators of immune function in health and disease: Neural, endocrine and immune interactions. *Brain Research Reviews*, 23, 79–133.
- McParland, J. L., Eccleston, C., Osborn, M., & Hezseltine, L. (2011). It's not fair: an Interpretative Phenomenological Analysis of discourses of justice and fairness in chronic pain. *Health (London, England: 1997)*, 15(5), 459–474.
- Mikula, G., Scherer, K.R., Athenstaedt, U. The role of injustice in the elicitation of differential emotional reactions. *Pers Soc Psychol Bull* 1998;24:769-83.
- Nguyen, R. H., Ecklund, A. M., MacLehose, R. F., Veasley, C., & Harlow, B. L. (2012). Co-morbid pain conditions and feelings of invalidation and isolation among women with vulvodynia. *Psychology, health & medicine*, 17(5), 589-598.
- Nguyen, R. H., Turner, R. M., Rydell, S. A., MacLehose, R. F., & Harlow, B. L. (2013). Perceived stereotyping and seeking care for chronic vulvar pain. *Pain Medicine*, 14(10), 1461-1467.
- O'Donnell RP. (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
- Pâquet, M., Bois, K., Rosen, N. O., Mayrand, M. H., Charbonneau-Lefebvre, V., & Bergeron, S. (2016). Why Us? Perceived Injustice is Associated With More

Sexual and Psychological Distress in Couples Coping With Genito-Pelvic Pain. *The journal of sexual medicine*, 13(1), 79–87.

Pathak, D., Agrawal, S. & Dhali, T. K. Prevalences of and risk factors for vulvar diseases in Nepal: a hospital-based study. *Int. J. Dermatol.* 50, 161–167 (2011)

Pazmany E, Bergeron S, Van Oudenhove L, et al. Body image and genital self-image in pre-menopausal women with dyspareunia. *Arch Sex Behav* 2013; 42:999.

Peterson C., Seligman M. E. P., & Vaillant G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23–27.

Piccione, E., Bonifacio, S., & La Penna, C. (2005). Il dolore pelvico cronico. *Giornale italiano di ostetricia e ginecologia*, 27(9), 373-375.

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. et al. (2005). Neural correlates of painful genital touch in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* 115 (1–2): 118–127.

Radat, F., & Koleck, M. (2011). Douleur et dépression : les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente [Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association]. *L'Encephale*, 37(3), 172–179.



- Reed BD, Legocki LJ, Plegue MA, et al. (2014). Factors associated with vulvodynia incidence. *Obstet Gynecol* ; 123:225.
- Reed, B. D. et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 206, 170.e1–e9 (2012).
- Rosen NO, Bergeron S, Leclerc B, et al. Woman and partner- perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) Couples. *J Sex Med* 2010; 7:3715.
- Scott W, Trost Z, Bernier E, Sullivan MJ. Anger differentially mediates the relationship between perceived injustice and chronic pain outcomes. *PAIN®* 2013;154(9):1691–8. doi: 10.1016/j.pain.2013.05.015.
- Scott, W., & Sullivan, M. (2012). Perceived injustice moderates the relationship between pain and depressive symptoms among individuals with persistent musculoskeletal pain. *Pain research & management*, 17(5), 335–340.
- Sprecher, S. (1986). The relation between inequity and emotions in close relationships. *Social Psychology Quarterly*, 309-321.
- Sternberg E. (1997). Neural-immune interactions in health and disease. *Journal of Clinical Investigation*, 100, 2641–2647.
- Sturgeon, J. A., Ziadni, M. S., Trost, Z., Darnall, B. D., & Mackey, S. C. (2017). Pain catastrophizing, perceived injustice, and pain intensity impair life satisfaction through differential patterns of physical and psychological disruption. *Scandinavian journal of pain*, 17, 390–396.
- Torres-Cueco, R., & Nohales-Alfonso, F.J. (2021). Vulvodynia—It Is Time to Accept a New Understanding from a Neurobiological

Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.

Trabucchi, G., Minichino, A., Vergnani, L., Pannese, R., Delle Chiaie, R., & Biondi, M. Carico allostatico: un parametro biologico per quantificare lo stress cronico. *il caduceo*, 19.

Trost, Z., Vangronsveld, K., Linton, S. J., Quartana, P. J., & Sullivan, M. J. L. (2012). Cognitive dimensions of anger in chronic pain. *Pain*, 153(3), 515–517.

Vieira-Baptista, P., Lima-Silva, J., Cavaco-Gomes, J. & Beires, J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 127, 283–287 (2014)

Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two- arm study collecting data from patients and medical students. *J Sex Med* 2009; 6:362.

## SITOGRAFIA

<https://cistite.info/vulvodinia-e-vestibolodinia/diagnosi.html>

[https://www.alessandragraziottin.it/it/div\\_audio.php/Il-progetto-Vu-Net-obiettivi-fasi-operative-primi-risultati-Parte-1?ID=22775](https://www.alessandragraziottin.it/it/div_audio.php/Il-progetto-Vu-Net-obiettivi-fasi-operative-primi-risultati-Parte-1?ID=22775)

<https://www.internazionale.it/essenziale/notizie/sarah-barberis/2022/02/12/vulvodinia-medicina-donne>

<https://www.my-personaltrainer.it/salute/vulvodinia-malattia-invalidante-proposta-di-legge.html>

<https://www.vulvodinia.online/vulvodinia/>