
**PSICOSOMATICA IN MEDICINA
DELLA RIPRODUZIONE**

DOLORI PELVICI CRONICI E SCHEMA CORPOREO

C. Maggioni

Tra i sintomi che portano le donne a far ricorso al ginecologo, il dolore a localizzazione pelvica è senza dubbio uno dei più frequenti.

Il dolore pelvico cronico (cpp) viene definito in base a due parametri: la localizzazione al pavimento pelvico e la durata superiore a sei mesi. In una definizione più rigorosa è un dolore di cui non si è riconosciuta una causa specifica.

Il dolore pelvico cronico costituisce un problema preoccupante sia sul piano medico sociale che in termini di salute pubblica. Dal 12% (1) al 14% (2) delle donne soffre di cpp, che è per il 10-15% la causa di nuovi ricorsi al medico (3). Dal 25% al 35% delle laparoscopie e dal 10% al 15% delle isterectomie (4, 5) vengono eseguite per cpp.

Negli USA, il 10% delle visite ambulatoriali, il 40% delle laparoscopie e il 12% delle isterectomie eseguite ogni anno sono motivate da cpp.

Situazione simile esiste anche negli altri Paesi.

Due opinioni si confrontano da quando si cerca di stabilire l'eziologia e il trattamento del dolore pelvico cronico; da una parte, vi è la ricerca della lesione organica, con tutti i mezzi a disposizione; essa ha portato ad un aumento considerevole degli esami complemen-

tari senza, peraltro, ottenere un esito terapeutico. La biologia ricerca, a livello locale, i markers tumorali e infettivi, la diagnostica per immagini offre ecografie, radiografie, TAC ed esplorazioni RNM; la laparoscopia è quasi sistematica allo scopo di ricercare focolai di endometriosi, aderenze, ectasie venose, infezioni pelviche.

Molti Autori raccomandano che, ad ogni dubbio, l'esame laparoscopico o mini laparoscopico (6, 7) debba essere ripetuto. Ciò porta a un carico di esami complementari molto oneroso.

Il risultato è però sconsigliato in quanto tutte le indagini confermano, come è dimostrato, l'assenza della lesione organica suscettibile di una terapia specifica nel 30-40% dei casi. La speranza di trovare una causa singola del dolore è oramai svanita, affermano Reiter e Gambone (8). D'altra parte, qualora si evidenziano delle patologie, ciò non significa che queste abbiano un ruolo nello scatenamento del dolore. Delle cause comunemente presenti nelle donne con cpp (per esempio, l'endometriosi, le aderenze pelviche, i fibromi e così via), nessuna di esse è causa di dolore in ogni donna in cui è riscontrata. Se, poi, si considera come riportato (7) che il 39,1% delle donne riferisce al Medico curante do-

lore pelvico (ad esclusione della dismenorrea, della dispareunia o dei dolori intestinali) almeno per un certo periodo di tempo, che l'11,7% presenta dolore per più di cinque giorni al mese o per uno o più giorni ogni mese e che nel 2-5% delle donne in età riproduttiva viene ad essere compromessa l'attività lavorativa a causa del dolore pelvico (7) si comprende bene l'importanza del problema.

Sebbene il cpp sia un problema frequente per il ginecologo e il medico di base, si tratta di un problema a eziologia multifattoriale, nell'ambito del quale la relazione tra sintomi e anomalie fisiche è incerta, le cure sono prolungate e i risultati frustranti. Spesso, il senso di impotenza è frequente nei medici curanti, e dal punto di vista delle donne il dolore cronico porta a cure mediche ripetute e continue. Il cronicizzarsi del dolore generalmente si associa, poi, a cambiamenti comportamentali emotivi, si instaurano sintomi vegetativi e depressivi e, di conseguenza, il ruolo della paziente all'interno della famiglia viene modificato a causa del dolore.

Gli sforzi per identificare una causa fisica al dolore pelvico cronico hanno dato risultati contraddittori. Storicamente, il cpp è stato attribuito a diverse condizioni ginecologiche accidentali, compresa la retroversione uterina, la sindrome "universal joint", difetti peritoneali, la sindrome da congestione pelvica. Oggigiorno non vi è alcuna evidenza che queste condizioni contribuiscano al dolore pelvico nelle donne. Altre diagnosi mediche rare, come la malattia infiammatoria intestinale, la porfiria acuta intermittente, il lupus eritematoso sistemico, la neurofibromatosi cronica pelvica, la sclerosi multipla, la febbre mediterranea e

l'anemia falciforme, contribuiscono solo a un 2% delle cause del cpp (8).

Più recentemente, con l'introduzione della laparoscopia, il cpp è stato messo in relazione con l'endometriosi. Tuttavia, la maggior parte degli studi che associano cpp e endometriosi non sono condotti in modo controllato; altri studi mostrano una incidenza simile di endometriosi in presenza sia di dolore pelvico che di infertilità. Inoltre, deve essere ricordato che l'endometriosi è diagnosticata anche nel 20% di donne asintomatiche (9) e che può non essere la causa del dolore anche nei casi in cui viene riscontrata (10). Anche tra aderenze pelviche e cpp non è stata dimostrata una correlazione significativa (11); la lisi endoscopica delle aderenze non sembra risolvere la sintomatologia dolorosa, eccetto che in pochi soggetti con estese aderenze coinvolgenti l'intestino (12).

In molti casi, infine, l'indagine laparoscopica non rileva anomalie (13, 14). Su 35 donne con cpp, Beard (15) non ha osservato alcuna anomalia alla laparoscopia nel 50% dei casi. Gli stessi risultati sono riportati da Cunanan (16), che ha eseguito laparoscopie su 1194 donne, risultando l'esame negativo nel 30% dei casi (16). Kresch et al. (17) hanno descritto anomalie all'esame laparoscopico nell'83% dei casi che lamentavano dolori pelvici, ma anche nel 29% di donne sane che si sottoponevano a sterilizzazione tubarica per via laparoscopica. Trovare delle anomalie laparoscopiche non significa, peraltro, avere identificato la causa del dolore. In una rassegna della letteratura, Roseff e Murphy (18) hanno riportato che non erano presenti anomalie in un terzo dei casi; tuttavia l'intensità del dolore non era in correlazione con l'estensione della lesione (19).

Beard (20) effettuando una venografia pelvica transuterina, ha osservato che le donne con cpp presentano una maggiore incidenza di anomalie vascolari rispetto ai controlli e ha asserito che questa congestione alla venografia in assenza di cause identificate alla laparoscopia è associata al cpp. Tuttavia, la congestione pelvica è comune anche nella sindrome del colon irritabile che a sua volta è legata a un insieme di fattori somatici e psicologici.

Molte donne con cpp hanno anche la sindrome del colon irritabile ed è stata documentata un'ampia sovrapposizione tra le due sindromi (21). I disturbi della motilità intestinale, tra cui il colon irritabile, rappresentano una causa di dolore frequente nelle donne con cpp ma sono anche molto comuni nella popolazione generale. Anche la dispareunia è associata in entrambe le sindromi ma è anche frequente nella popolazione generale (22). Entrambe tendono a migliorare dopo una psicoterapia breve (23). Dolori periodici e dismenorrea sono descritti con la stessa frequenza nelle donne con cpp e nella popolazione generale (24) e non sono specifiche del cpp.

Un'altra causa di cpp è stata proposta da Sinaki et al. (25) che hanno attribuito i dolori pelvici alla tensione dei muscoli del pavimento pelvico. Tuttavia, Dellenbach e Haeringer (26) hanno suggerito che i punti dolorosi trigger, la tensione muscolare e la cellulalgia addominale non sono la causa di cpp ma sono dei segni di somatizzazione di problemi nevrotici o psicosomatici a livello della pelvi (27).

Molti fattori socio-ambientali influenzano il dolore pelvico cronico. Molte donne con cpp hanno un investimento psicologico nella loro sofferenza. Reiter ha stabilito una diagnosi preci-

sa di tipo psicologico in più del 60% dei casi. La diagnosi era rappresentata per lo più da disturbi affettivi, ivi comprese depressioni gravi.

L'atteggiamento del Medico, nella sua pratica, va da una posizione aggressiva con la soluzione chirurgica, alla tendenza a rinviare i soggetti a questioni di carattere psicologico.

In particolare, le isterectomie sono spesso poco giustificate; è stato, infatti, dimostrato che l'intervento chirurgico non migliora la situazione e se il miglioramento compare questo è dovuto in almeno il 50% dei casi a un effetto placebo (3).

Persino il miglioramento del dolore pelvico, dopo isterectomie per endometriosi, non ha migliorato il benessere generale della donna, in quanto, a una riduzione del dolore pelvico si associa, dopo l'intervento un aumento della dispareunia, della disuria e della depressione (28).

Riconoscere un causa psicologica è spesso vissuto come un etichettare una paziente con una malattia inesistente; tale etichetta è vissuta come un fallimento tanto dal medico quanto dalla paziente, che potrà far di nuovo ricorso ad un ulteriore specialista ("shopping medico" come affermato dagli anglosassoni).

Molta frustrazione sperimentata dai Medici curanti e dalle pazienti nella valutazione e cura del cpp è legata alla interpretazione di questa sindrome complessa attraverso il modello medico tradizionale. Le nuove teorie del dolore riconoscono un ruolo importante nei fattori emotivi ambientali e cognitivi oltre che fisici, nella percezione del dolore e nelle sue sequele come il grado di disabilità o di incapacità funzionale. Molti fattori sono stati descritti come predittivi dell'esito del

dolore come l'umore, lo stato di salute generale, l'attenzione al dolore, la concezione del dolore, l'ansia, il supporto familiare e sociale, la condizione di lavoro e i modelli familiari. Questi modelli suggeriscono che esiste una complessa interrelazione tra fattori psicologici, ambientali e stimoli sensoriali che si influenzano vicendevolmente (29).

La presa a carico globale delle donne con cpp sembra oggi l'approccio migliore. Lo schema di un affronto psicosomatico del problema è stato già proposto negli USA. In queste situazioni, l'approccio integrato psico-somatico permette una diversa soluzione del problema.

La psicosomatica infatti parte dal sintomo senza, però, limitarsi ad esso (27). Il dolore è una emozione e, come tale, rinvia alla affettività, così come alla relazione che il soggetto instaura con il suo corpo, con l'ambiente prossimo, con i determinanti socio-culturali di cui dispone.

La questione che si vuole mettere in gioco e valutare in questa ricerca è il valore della struttura dello schema corporeo del soggetto nella interpretazione della sua sintomatologia dolorosa.

Molti studi valutano il vissuto corporeo limitandosi a considerare solo l'immagine fisica esterna. Ora, lo schema corporeo come vissuto del soggetto è molto più della sua immagine esterna; la percezione, il vissuto, la memoria del corpo e la rappresentazione del proprio corpo che ne conseguono vengono a costituire, in pratica, quello che gli psicologi chiamano il Self, l'io, la percezione di Sé (30); percezione di Sé e schema corporeo sono essenzialmente la stessa cosa (31).

Valutare la percezione del Sé corpo ri-

chiede uno strumento d'analisi complesso che consideri il corpo sotto diverse angolature.

Solo così si può cercare di comprendere la relazione tra dolore e vissuto del soggetto, tra percezione del corpo e percezione dell'io.

ESPERIENZA PERSONALE

È stato condotto uno studio su 20 donne in età riproduttiva (età media 34 anni) afferenti all'ambulatorio ginecologico per un problema di cpp. Tutti i casi sono stati sottoposti ad accurata anamnesi medica e ad esplorazioni diagnostiche; solo nel 40% dei casi è stato possibile individuare patologie ginecologiche potenzialmente interferenti con il dolore.

I soggetti sono stati indagati sullo schema corporeo, previo consenso informato, da parte di una ricercatrice esperta.

Il test proposto è stato il test sull'immagine corporea di Jodelet (32). Si tratta di un questionario con domande aperte già validato su 462 soggetti (209 uomini e 253 donne). Questo test permette di indagare la percezione del proprio corpo usando diverse categorie come la percezione dei limiti del proprio corpo, la valutazione dell'immagine corporea esterna, le sensazioni fisiche piacevoli o spiacevoli, i timori e i desideri riguardo al corpo. Le risposte sono esattamente annotate, poi analizzate e classificate in categorie e valutate per coerenza secondo la tecnica di analisi di contenuto al fine da ricostruire la rappresentazione del sé corporeo.

I risultati vengono riportati per aree di contenuto sommando le percentuali delle risposte e delle menzioni del

tema trattato nel corso dell'intervista (sono accettate risposte multiple).

– Caratteristiche del dolore

Le donne intervistate dichiaravano che il dolore era presente da “sempre”, e che, quindi, non poteva essere messo in relazione ad alcun avvenimento passato. Il dolore era considerato “molto forte”. Le donne avevano dolore nel corso dei rapporti sessuali (50%), durante le mestruazioni (60%), e anche durante l’ovulazione, per il 10% il dolore era continuo, e il 18% delle donne interrompevano le attività quotidiane per il sintomo dolore. In totale, nel 45% delle donne interrogate il sintomo dolore influenzava notevolmente la loro vita.

– Percezione del dolore

La vita quotidiana influenzava la soglia di tollerabilità del dolore. Le donne intervistate ammettevano che il dolore era percepito con maggiore intensità in situazione di stress ed era meglio tollerato in vacanza, quando erano rilassate, senza problemi. Ma nonostante queste ammissioni abbastanza scontate, le donne trovavano che la loro condizione era sempre negativa: “ho sempre male”, “non mi accetto”, “sono depressa”.

– Opinioni personali sulle possibili cause del dolore

Nessuna donna aveva un’opinione sulla causa del dolore, ma lo accettava in modo fatalistico; era interessante, però, notare che il 50% delle donne intervistate ricollegava il dolore pelvico

ad un legame immaginario con la madre: “sono come mia madre”.

– Coscienza del proprio corpo

Alle donne è stato domandato di esemplificare in quali condizioni prendono coscienza del proprio corpo. I risultati dimostrano che la coscienza del corpo era innanzitutto legata al dolore o ad un’immagine di sé trascurata.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le sensazioni fisiche emergono alla coscienza come messaggi organici la cui varietà, intensità e qualità è percepita diversamente in funzione della storia passata del soggetto e del momento attuale.

Le donne con cpp percepiscono il dolore legato alla sessualità e alle funzioni connesse (rapporti sessuali, mestruazioni, ovulazione): i loro organi genitali non sono dolorosi quando sono “silenti” e silenti significa che non sono all’origine di alcuna percezione. Ma appena una sensazione emerge dalla zona genitale, come la mestruazione o un rapporto sessuale, è vissuta come dolorosa. Per esse, le sensazioni corporee genitali non sono mai piacevoli. Le sensazioni dolorose diventano una percezione dolorosa generalizzata: “ho sempre male”.

D’altra parte, le donne con cpp dichiarano di percepire il loro corpo proprio attraverso il dolore. In risposta alla domanda “quando prende coscienza del suo corpo? La risposta è: “attraverso il dolore”. In confronto alla popolazione di riferimento, solo gli anziani e i più conservatori usano il do-

lore come segnale della percezione del proprio corpo, mentre la popolazione più giovane usa come indicatore della propria corporeità le sensazioni che vengono dal corpo in funzione, ad esempio, della corsa, del sentire il cuore che batte, del far l'amore, etc., o dal coinvolgimento del corpo in situazioni psicologiche piacevoli. Le donne valutate nell'esperienza personale usano il dolore come unica sorgente di coscienza corporea e questo mostra una instabilità nella percezione del proprio io corporeo.

Nella popolazione non affetta da cpp, infatti, vi è una correlazione inversa tra il livello di coscienza corporea e il riferimento al dolore: meno si è cosciente del proprio sé corporeo, più si percepisce il dolore fisico. Questa correlazione è presente anche nel campione di donne studiato. Le donne con cpp non investono tempo nella cura della loro salute fisica, non si preoccupano della lo-

ro apparenza, non menzionano che poche e rare sensazioni positive o negative sperimentate con il corpo.

È interessante notare che gli unici esempi di sensazioni negative o positive menzionate si riferiscono soprattutto al toccare e all'essere toccate. Salvo poche eccezioni, esse hanno una completa assenza di sensazioni psicologiche associate a sensazioni fisiche.

Le sensazioni negative sono quelle di essere toccate da un estraneo, di sentirsi costrette da un vestito, come le uniche sensazioni positive riguardano il sentirsi toccate (non sessualmente) o toccare oggetti morbidi (un vestito di seta o accarezzare un gatto). Il menzionare frequentemente il toccare e essere toccate nei limiti esterni del proprio corpo rivela un'incertezza su questi limiti: ogni contatto della pelle è cercato ma al tempo stesso da piacevole rischia di diventare minaccioso ed invasivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) WALKER E., KATON W.J., JEMELKA R. et al.: *The prevalence of chronic pain and irritable bowel syndrome in two university clinics*. J. Psychosom. Obstet. Gynecol. 1991; 12 (suppl): 65-70.
- 2) MATHIAS S.C., KUPPERMANN M., LIBERMAN R.F., et al.: *Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life and economic correlates*. Obstet. Gynecol. 1996; 87: 321-327.
- 3) REITER R.C.: *A profile of women with chronic pelvic pain*. Obstet. Gynecol. 1990; 33: 130-136.
- 4) GAMBONE J.C., REITER R.C., LENCH J.B. et al.: *Impact of quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1990; 163: 545-549.
- 5) LEE N.V., DICKER R.C., RUBIN G.L., et al.: *Confirmation of preoperative diagnoses for hysterectomy*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1984; 150: 283-287.
- 6) PALTER S.F.: *Microlaparoscopy under local anesthesia and conscious pain mapping for the diagnosis and management of pelvic pain*. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 1999; 11 (4): 387-393.
- 7) STEEGE J.F.: *Office assessment of chronic pelvic pain*. Obstet. Gynecol. 1997; 40, 3: 554-563.
- 8) REITER R.C., GAMBONE J.C.: *Non gynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy*. J. Reprod. Med. 1991; 36: 253-540.

- 9) BALASCH J., CREUS M., FABRE-GEUS F. et al.: *Visible and invisible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study.* Hum. Reprod. 1966; 11: 387-391.
- 10) RYAN I.P., TAYLOR R.N.: *Endometriosis and Infertility: New Concepts.* Obstet. Gynecol. Surv. 1997; 52 (6): 365-371.
- 11) RAPKIN A.J.: *Adhesions and pelvic pain: a retrospective study.* Obstet. Gynecol. 1986; 68: 13-15.
- 12) PETERS A.A.W., TRIMBOS-KEMPER G.C.M., ADMIRAAL C. et al.: *A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain.* Br. J. Obstet. Gynecol. 1992; 99: 59-63.
- 13) PORPORA M.G., GOMEL V.: *The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age.* Fertil. Steril. 1997; 68: 765-79.
- 14) GUIRGIS R.R.: *Referral of women with chronic pelvic pain.* J. Roy Coll. Gen. Pract. 1988; 38: 567.
- 15) BEARD R.W., REGINALD P.W., PEARCE S.: *Pelvic pain in women.* Br. Med. J. 1986; 293: 1160-1162.
- 16) CUNANAN R.G., COUREY N.G., LIPPES J.: *Laparoscopic findings in patients with pelvic pain.* Am. J. Obstet. Gynecol. 1983; 146: 589-591.
- 17) KRESCH A.J. et al.: *Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain.* Obstet. Gynecol. 1984; 64: 672-674.
- 18) ROSEFF S., MURPHY A.: *Laparoscopy in the diagnosis and therapy of chronic pelvic pain.* Clinical Obstetrics and Gynecology 1990; 33: 137-144.
- 19) STOUT A.L., STEEGE J.F., DODSON W.C. et al.: *Relationship of laparoscopic findings to self report of pelvic pain.* Am. J. Obstet. Gynecol. 1991; 164: 73-79.
- 20) BEARD R.W. et al.: *Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain.* Lancet 1984; 11: 946-949.
- 21) HOGSTON P.: *Irritable bowel syndrome as a cause for chronic pelvic pain in women attending a gynecology clinic.* Br. Med. J. 1987; 294: 934-935.
- 22) GLATT A.E., ZINNER S.H., McCORMACK W.M.: *The prevalence of dyspareunia.* Obstet. Gynecol. 1990; 75: 433-436.
- 23) FARQUARD C.M., STANTON S.L.: *Chronic pelvic pain.* In: *Progress in obstetric and gynecology.* Edinburgh: Studd, vol. 9, 1991.
- 24) DAWOOD M.Y.: *Dysmenorrhea.* Clin. Obstet. Gynecol. 1990; 33: 168-179.
- 25) SINAKI M., MERRIT J.L., STILLWELL K.G.: *Tension myalgia of the pelvic floor.* Mayo Clin. Proc. 1977; 52: 717-722.
- 26) DELLENBACH P., HAERINGER M.T.: *Douleur pelvienne chronique, l'expression d'un problème psychologique.* Press Med. 1996; 25: 615-20.
- 27) MIMOUN S., MAGGIONI C.: *Trattato di Ginecologia e Ostetricia Psicomatica.* Franco Angeli, Milano, in stampa.
- 28) MACDONALD S.R., KLOCK S.C., MILAD M.P.: *Long-term outcome of nonconservative surgery (hysterectomy) for endometriosis-associated pain in women <30 years old.* Am. J. Obstet. Gynecol. 1999; 180: 1360-3.
- 29) REITER R.C.: *Evidence-Based Management of Chronic Pelvic Pain.* Clin. Obstet. Gynecol. 1998; 41, 2: 422-435.
- 30) WINNICOTT D.W.: *Le corps et le self.* Nouvelle Revue de Psychanalyse, n. 3, 1971.
- 31) SCHILDER P.: *The image and the appearance of the human body.* New York: International Universities Press, 1950.
- 32) JODELET D.: *Système de représentation du corps et groupes sociaux.* Paris: EHESS Rapport Scientifique CORDES, 1982.