

GESTIONE PSICOLOGICA DELLE PAZIENTI CON VULVODINIA

F. Mascherpa

Il gruppo delle pazienti affette da vulvodinia è assai eterogeneo: è perciò impossibile e arbitrario un approccio diagnostico secondo i criteri standardizzati di un protocollo. L'inquadramento diagnostico, in base alla nuova definizione terminologica di appartenenza al gruppo, deve tener conto della storia della paziente e quindi avvalersi di elementi di soggettività che non sono riducibili a definizioni precostituite. La situazione in cui viene inevitabilmente a trovarsi una paziente affetta da "vulvodinia essenziale o disestesica" ha aspetti di complessità che non possono essere semplificati. Alle situazioni cliniche complesse necessita una risposta, in termini diagnostici e terapeutici, altrettanto complessa. Sono assolutamente da evitare atteggiamenti riduzionistici anche se, apparentemente, ciò ci tranquillizzerebbe. Non dovremmo rassegnarci di fronte al problema della complessità, ma piuttosto cercare soluzioni adeguate. La complessità deve essere vista come uno stimolo, piuttosto che come un limite. Il problema della complessità è al centro dell'interesse dell'epistemologia ed è la più interessante premessa metodologica della scienza moderna. Quando le variabili in gioco sono tali e tante da non per-

mettere un minimo di organizzazione diagnostica e un minimo di prevedibilità prognostica, le guarigioni (se di vere guarigioni si può parlare!) sono casuali e imprevedibili, quindi sarebbe meglio parlare di "sistema caotico". I sistemi caotici si caratterizzano per il numero elevato di variabili che si influenzano reciprocamente e per l'impossibilità, anche in termini statistici, di definire i nessi di causalità tra gli eventi per cui sono impossibili previsioni dell'evoluzione del sistema anche in tempi brevi (1). Esempi molto citati di sistemi caotici sono la circolazione dell'aria nell'atmosfera e la prevedibilità dei terremoti. Il sistema dentro cui si muovono le pazienti vulvodiniche potrebbe essere di questo tipo e quindi non permetterebbe un intervento che abbia probabilità di successo superiore ad un altro o comunque non permetterebbe di ricostruire i processi causa-effetto che hanno determinato il miglioramento e renderli applicabili a situazioni cliniche assimilabili per affinità o somiglianza.

Il sintomo ha una sua economia, è il segno di un disequilibrio, di una mancata omeostasi rispetto ai fattori che lo hanno determinato. "Ammalarsi fa bene" (2), diceva il mio maestro, Gior-

gio Abraham, nel senso che il sintomo può essere il modo migliore che il sistema complesso ha elaborato per non crollare, o per evitare sintomi peggiori. Questo vale soprattutto per i sintomi disfunzionali come la vulvodinia. La domanda che ci si deve porre a volte è se, in alcune situazioni, non sia meglio difendere il sintomo piuttosto che eliminarlo ad ogni costo pena il peggioramento generale della qualità della vita. Come dire "meglio la vulvodinia che qualcosa di molto peggio da sopportare, come una psicosi". O anche: le donne con vulvodinia hanno gravi problemi relazionali a causa della loro malattia, o la vulvodinia è il male minore, che le tiene al riparo da situazioni psicologiche più profonde e più inquietanti?

FUNZIONE DELLA VULVA

Se la vulvodinia può essere considerata un sintomo disfunzionale senza un substrato organico evidente, è necessario conoscere quale sia la funzione della vulva, organo con anatomia e funzioni peculiari.

La funzione vulvare è legata alla funzione riproduttiva sessuale in senso lato, anche se l'organo non è direttamente coinvolto con la fecondazione. Ragionando in termini sociobiologici darwiniani è ovvio affermare che la vulva attuale è quella che anatomicamente e funzionalmente ha avuto il vantaggio più forte in termini di selezione naturale: siamo discendenti di quelle nostre antenate che hanno avuto la miglior efficienza riproduttiva, anche in termini di anatomia e funzionamento vulvare. Pur tenendo conto delle varianti anatomiche osservabili, la vulva sembra essere un organo

strutturalmente, e funzionalmente, stabile e costante nelle varie razze umane. Gli antropologi tendono ad attribuire alla vulva, come al pene, la funzione di comunicazione sociale.

Mentre è comune oggi il fatto che le donne consultino per l'anorgasmia, cominciano a diventare non così rare le donne che chiedono consigli per inestetismi o asimmetrie vulvari. È noto che, in alcune culture, sono radicate mutilazioni genitali, come l'infibulazione o la clitoridectomia, o modifiche estetiche come l'allungamento delle piccole labbra. Queste pratiche, che a noi sembrano così "selvagge" hanno origini sociali e culturali antiche e profonde.

Per un sessuologo clinico non è infrequente imbattersi in donne o uomini che, per i più svariati motivi, non sono in grado di applicarsi e di impegnarsi in un rapporto di piacere efficace: per le pazienti con vulvodinia questa è praticamente la regola.

ORGANICO O PSICOSOMATICO

L'uso del corpo per manifestare un disagio fino a produrre sintomi o addirittura malattie organiche come il cancro, è oggetto di ricerca della medicina psicosomatica. La tendenza a produrre sintomi di tipo psicosomatico è da distinguere dalla semplice disfunzione somatica da *stress*, che tutti abbiamo sperimentato. È chiaro che sotto *distress* intenso o prolungato molte funzioni organiche possono comprometersi, meno chiaro è perché permanga la disfunzione una volta cessata la causa o perché il sintomo psicosomatico interessi organi e apparati diversi.

La scelta della vulva come area di espressione della somatizzazione è un mistero scritto, forse, nella storia della paziente e nella storia delle sue relazioni significative. La somatizzazione grave e debilitante come la vulvodinia, che impedisce una vita sessuale e spesso intacca le relazioni sociali e il lavoro, è una scelta inconscia altrettanto distruttiva, se non di più, della nevrosi. Come mai un conflitto si riversi sul versante corporeo piuttosto che su quello psichico e perché ciò avvenga, non è noto: esistono molte ipotesi, ma nessuna sembra escluderne altre.

L'ANAMNESI SESSUOLOGICA

La raccolta dei dati relativi ad una paziente con vulvodinia essenziale deve contenere le principali informazioni relative alla sessualità: una corretta anamnesi sessuale orienterà sul progetto terapeutico. Le domande dovranno riguardare gli aspetti intrapsichici e relazionali, e non andrebbero trascurati gli aspetti familiari e sociali.

L'abilità a vivere pienamente e con soddisfazione la propria capacità di comunicare sessualmente è il risultato di un lungo processo di apprendimento più o meno consapevole che dura gran parte della vita e attraversa fasi diverse. Un'interferenza importante in una qualsiasi di queste fasi può produrre difficoltà sessuali ed in molte donne ciò si manifesta con disfunzioni vulvari o vaginali. Il più classico dei sintomi è la scarsa o insufficiente lubrificazione dovuta ad un calo di interesse sessuale, a cui facilmente seguirà un calo di desiderio e di fantasie erotiche. Ma mentre questo sintomo è co-

mune e tende a scomparire con la presa di coscienza della donna del suo scarso interesse erotico, nella vulvodinia sembrerebbe il contrario, cioè le pazienti si lamentano di non poter vivere una sessualità soddisfacente a causa del bruciore vulvare. A parte qualche caso in cui non sembrerebbe esserci nessuna difficoltà sessuale precedente all'insorgenza del sintomo, la maggior parte di queste donne hanno, o hanno avuto, significativi problemi sul piano della relazione sessuale che non sono direttamente collegati con l'insorgenza della vulvodinia. Ma, mentre per la maggior parte delle pazienti, i sintomi locali tendono a scomparire col miglioramento della relazione o con la sua fine, nelle vulvodiniche il sintomo sembra slegato dalla relazione e tende a cronicizzarsi. Ci si deve quindi chiedere quale sia il vero significato del sintomo e la sua economia. La risposta non è generalizzabile e non valgono le teorie omnicomprendenti: ogni storia è personale e contiene elementi di definizione dei simboli, dei significati e dei processi che li producono. Questo vale anche per il significato e il valore della comunicazione sessuale e il piacere. Individuare questi processi è un compito arduo e a volte apre orizzonti verso la psicopatologia e l'impossibilità strutturale, personologica, di impegnarsi in un rapporto sessuale soddisfacente.

L'osservazione più banale è quella che il partner maschile non sia all'altezza della situazione e che il sintomo denunci quello che la mente non riesce a dire. Questa possibilità apre la strada allo studio della conflittualità di coppia, latente o manifesta. Dovremmo raccontare ogni singola storia della vita di coppia di queste donne, ma, per dire qualcosa che possa valere un po'

per tutte le storie, si può sottolineare che i livelli di aggressività e di ostilità sembrano essere molto alti. Si nota spesso una rabbia che colora i comportamenti sessuali e non, a volte una rabbia profonda e sorda di essere donna, una sorta di vittimismo e di senso di ingiustizia verso le relazioni col partner o le relazioni in generale. Anche la relazione terapeutica ne risente: l'impressione è che queste pazienti, tranne eccezioni, siano poco disponibili ad entrare in un'ottica psicodinamica nella quale analizzare se stesse e le proprie relazioni significative.

Una delle pazienti che ho visto recentemente non ha parlato, se non dopo un'ora, del proprio rapporto lesbico e dei conflitti che le provocava. Un'altra dimostrava atteggiamenti verso i maschi di tipo affettuoso e materno, ma non tollerava la propria e l'altrui genitalità considerandola ripugnante. Una, ancora, era una grave ipocondriaca e attraverso il sintomo cercava l'attenzione del *partner* e dei medici.

Ogni storia ha propri elementi tipici di patologia della comunicazione corporea, a volte secondari, ma più spesso primari.

C'è un ulteriore livello che vorrei portare alla vostra attenzione e che si può ricollegare al primo: è quello sistemico-familiare. Il modo con cui comunichiamo intimamente deriva anche, se non principalmente, dallo "stile di attaccamento" (3) cioè dallo stile che abbiamo appreso sperimentando le nostre prime relazioni all'interno della famiglia. Se questo vale per spiegare difficoltà future nello stabilire rapporti utili con i propri figli, vale anche per la sessualità, nel senso che rimaniamo come impregnati del clima emotivo familiare riguardo al sesso molto prima di diventare emotiva-

mente autonomi. Mediamente le famiglie delle pazienti vulvodiniche sono famiglie disturbate. Si potrebbe obiettare che non esistono famiglie "normali" e che ciascuno ha avuto i propri guai, non avendo potuto scegliersi i genitori e avendo dovuto lottare per crescere. Questo è vero, ma qualcuno più guai, qualcuno non ce l'ha fatta, qualcuno ha visto la propria sessualità bloccata e qualcuno ha sviluppato la vulvodinia come difesa contro qualcosa di cui non ha coscienza, cioè la paura o la riluttanza verso la sessualità.

Una di queste pazienti aveva una forma spiccata di avversione sessuale: per lei ogni contatto era fastidioso; non solo nell'area genitale: tutta la pelle del corpo non le dava piacere, ma ansia, nello stesso modo che aveva sperimentato da bambina nei rapporti con la propria madre. Le pazienti con avversione sessuale sono, per fortuna, rare in sessuologia, ma quasi tutte hanno una forma più o meno ricorrente se non cronica di svariati disturbi a livello della sensibilità vulvare, tra cui, paradossalmente, un eccesso di eccitabilità e di sensibilità clitoridea.

L'ultimo aspetto, anche se non ultimo in ordine d'importanza, è quello sociale. L'impressione è che, per i motivi più svariati, queste donne abbiano una vera ignoranza sessuale o, peggio, una struttura organizzata di pregiudizi sessuali appresi qua e là, non solo dalla famiglia. Si potrebbe forse dire che il pregiudizio sessuale è peggiore dell'ignoranza sessuale. Sembra impossibile al giorno d'oggi, ma non è così: a parte la diffusa credenza che la funzione erotica sia un prezzo da "pagare" per la funzione riproduttiva del sesso che è ancora diffusa in alcune sottoculture, c'è d'altra parte la banalizzazione genitale dei *media* e della bassa letteratura sessuale divulga-

tiva e della pornografia, per cui il genitale rimane al centro della relazione sessuale e tutto si riduce a qualcosa di idraulico o meccanico, senza tenere conto del coinvolgimento di un altro organo importante come il cervello e la mente che ne è contenuta. Si ha l'impressione che se le normali tappe dello sviluppo psicosessuale sono state intralciate da informazioni distorte sulla sessualità, questa può esitare in comportamenti incongrui. Quindi, in estrema sintesi, sembrerebbe che a livello psicosociale una eccessiva idealizzazione o una eccessiva banalizzazione della sessualità portino ad un cattivo funzionamento dell'organo vulva che, cronicizzandosi, può portare alla vulvodinia.

In una società come la nostra dove l'eccesso di informazione si confonde con l'assenza di informazione, crearsi la propria epistemologia e la propria ermeneutica sessuale è diventato difficile e, in assenza di tradizioni culturali consolidate, spesso le conoscenze acquisite portano verso il contraddittorio e il conflittuale. Urge una buona educazione sessuale, a partire dalle scuole elementari, ma questo è un problema insoluto da anni.

LINEE GUIDA PER L'INVIO

Qualora il ginecologo o lo specialista vulvologo arrivi alla definizione di vulvodinia senza causa apparente, si impone una consulenza psicologica, meglio se psicosessuale. L'invio è un momento delicato: la paziente non deve avere l'impressione di essere stata sottovalutata o allontanata o di essere un caso così grave per cui serve un consulto di più specialisti. È meglio approfondire e capire prima di prendere decisioni terapeutiche. L'inviante

deve avere rapporti professionali non occasionali con il collega a cui invia la paziente. Un invio sbagliato, affrettato o svalutante per la donna, preclude ogni ulteriore passo diagnostico-terapeutico. La psicologia sistemico-relazionale ha lungamente studiato il problema e ha definito le modalità dell'invio. La regola prima per un invio corretto è quella di non escludere la paziente dalla decisione, di renderla consapevole che, per il suo caso, servono più competenze, che non sarà abbandonata e che le informazioni sulla sua salute verranno comunicate direttamente dal collega. Le pazienti sono spesso diffidenti: a volte è la seconda o la terza volta che vengono reinviate, e tutti gli specialisti hanno dato un'opinione diversa. Già in questa fase il vulvologo può negoziare con la paziente il concetto di "guarigione", nel senso che, per ottenere un miglioramento, sarà necessaria una partecipazione attiva della donna e non semplicemente una sua posizione passiva e di delega al tecnico. Chi ha esperienza di invii sa come sia difficile e come basti un dettaglio per renderlo inefficace. Come è stato detto queste pazienti richiedono tempo e pazienza.

CONCLUSIONI

Per concludere: i concetti basilari per l'approccio e la gestione di queste difficili pazienti sono sostanzialmente due e molto semplici. Il primo è l'ascolto: serve un po' di tempo e un luogo idoneo. L'ascolto non necessariamente equivale ad avere delle risposte, ma comunque facilita molto l'invio corretto. Il secondo è la complessità: una volta rimosse le possibili cause di vulvodinia il sintomo può persistere e richiedere

una riformulazione della prima ipotesi diagnostica. Sia le pazienti che i medici dovrebbero sapere che non tutti i casi sono risolvibili e che ogni sforzo potrà

sì migliorare la consapevolezza, ridurre la sintomatologia, ma in un numero significativo la situazione non si modificherà in modo sostanziale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BUCHANAN M.: *Ubiquità*. Mondadori, 2001.
- 2) ABRAHAM G., PELLEGRINI C.: *Ammalarsi fa bene La malattia a difesa della salute*. Feltrinelli, 1991.
- 3) BOWLBY J.: *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Mondadori, 2001.