



Il dolore cronico tra psiche e soma

Stefano Eleuteri, Ricercatore in Psicologia Presso Universitas Mercatorum, Roma; Istituto di Sessuologia Clinica, Roma

Il dolore pelvico cronico (cioè il dolore pelvico che persiste o si ripresenta per un periodo di almeno 3 mesi) assume molte forme diverse e viene trattato da professionisti di diverse specialità. Se alla base della costellazione di manifestazioni cliniche non c'è un processo patologico specifico, come ad esempio un'infezione, si parla di sindrome del dolore primaria (Franz et al., 2023). In questi casi, il dolore non è solo il sintomo principale, ma svolge anche un ruolo centrale nella fisiopatologia della condizione. In accordo con la diversità clinica del dolore pelvico cronico, l'Associazione Europea di Urologia (EAU) ha suddiviso la sindrome del dolore pelvico cronico primario (CPPPS) in sottotipi a seconda del sistema principalmente interessato: urologico, gastrointestinale o muscoloscheletrico (Fall et al., 2022).

Mentre i problemi urologici generalmente aumentano con l'età, il dolore pelvico colpisce gli uomini più giovani in misura simile a quelli di altri gruppi di età (Tripp et al., 2011). Questo disturbo risulta associato ad una serie di conseguenze negative, tra cui disagio psicologico, scarsa salute sessuale e una minore qualità di vita (Nickel et al., 2021). Al di là della sofferenza individuale, il dolore pelvico maschile è associato a un onere sociale dovuto ai notevoli costi sanitari. Nonostante ciò, il dolore pelvico maschile è stato oggetto di scarsa attenzione nella ricerca sul dolore, con una particolare mancanza di studi sugli uomini in età più avanzata (Coyne et al., 2020)

Non sorprende che il dolore pelvico maschile influisca sulla salute sessuale. I soggetti affetti riferiscono livelli più bassi di soddisfazione sessuale, che sembrano diminuire ulteriormente con l'aumentare dell'intensità del dolore. Anche la funzione sessuale è compromessa: circa il 72% degli uomini affetti riferisce una o più disfunzioni sessuali. L'ejaculazione precoce e la disfunzione erettile sono le disfunzioni sessuali più comuni in questa popolazione, con tassi di prevalenza che vanno dal 26 al 64% (Jiang et al., 2024) e dal 23 al 45% (Zhuang et al., 2015) rispettivamente. Tuttavia, anche per quanto riguarda la salute sessuale, la ricerca si è concentrata prevalentemente sugli uomini anziani.

Una valutazione psicosomatica di base dovrebbe essere eseguita precocemente, parallelamente alla valutazione diagnostica somatica, se esiste un sospetto clinico di un problema psicosomatico. Questo può essere fatto, ad esempio, con una discussione apparentemente tangenziale durante l'esame fisico, in modo che l'esaminatore possa notare la presenza di eventuali manifestazioni centrali di depressione (umore depresso, riduzione dello slancio, mancanza di gioia) o di ansia, compreso l'evitare certe situazioni (ad esempio, la seduta prolungata, l'attività sessuale) per non indurre i sintomi. Il medico può cogliere l'occasione per preparare cautamente il paziente alla possibilità di reperti fisici normali. È inoltre utile chiedere in che modo i sintomi del paziente limitano la sua partecipazione alla vita quotidiana, se mai lo fanno, e informarsi sul modello di malattia del paziente stesso.

I sintomi devono essere riconosciuti in modo proattivo come lamentele legittime e al paziente deve essere concesso tutto il tempo possibile per descriverli; questo rafforzerà il rapporto di lavoro tra il medico e il paziente. È utile, inoltre, non solo informare il paziente dei risultati fisici negativi, ma anche comunicare modelli esplicativi plausibili per la patologia nel suo caso. Questo aiuterà il paziente a sentire che la sua sofferenza viene presa sul serio. Molti pazienti si sentiranno rapidamente classificati come "ipocondriaci" se il medico dirà loro solo che i risultati fisici sono tutti negativi. L'obiettivo è un atteggiamento di "entrambe le cose", con uguale enfasi sulle prospettive somatiche e mentali/psicosomatiche.



Appare, dunque, evidente che il dolore pelvico cronico sia una condizione complessa che richiede un piano di gestione che vada oltre l'approccio biomedico (Sone-Wai Li et al., 2022). Le linee guida aggiornate sul trattamento (Engeler et al., 2023) raccomandano interventi psicologici come componente di trattamento di tale disturbo. I risultati di una recente rassegna sistematica (Sone-Wai Li et al., 2022) forniscono alcune prove degli effetti additivi degli interventi psicologici, soprattutto della terapia cognitivo-comportamentale (Wang et al., 2018), della terapia cognitiva (Zhuang et al., 2015) e/o del training sul rilassamento sulla riduzione dei sintomi psicologici rispetto alla monoterapia. Ciò supporta l'adozione di un approccio biopsicosociale o multimodale per la gestione del dolore pelvico-cronico.

Nel percorso diagnostico, è cruciale integrare la valutazione biomedica e psicosociale sin dalle prime fasi. L'esplorazione del vissuto del paziente, della sua storia di dolore, delle modalità di coping e del significato soggettivo attribuito ai sintomi rappresenta un elemento fondamentale (Drossman, 2021).

Il colloquio clinico dovrebbe prevedere una valutazione psicosomatica, in cui il medico rilevi segnali di distress psicologico, comportamenti di evitamento, pensieri catastrofici o credenze disfunzionali legate al dolore. È utile indagare come i sintomi interferiscano con la vita quotidiana e quali siano le aspettative del paziente. Un modello esplicativo chiaro, validante e non riduzionista aiuta a rafforzare l'alleanza terapeutica e a evitare la percezione di essere etichettati come "malati immaginari" o "psicosomatici" in senso negativo (Sone-Wai Li et al., 2022).

Data la natura complessa della CPPS, l'approccio terapeutico più efficace risulta essere quello biopsicosociale e multimodale, che combini:

-Interventi farmacologici e fisioterapici (es. rilassamento del pavimento pelvico);-

Psicoterapia individuale, in particolare ad orientamento cognitivo-comportamentale o mindfulness-based;

-Tecniche di rilassamento muscolare progressivo, biofeedback e ipnosi clinica;

-Supporto sessuologico quando presente compromissione della funzione sessuale.

Numerosi studi recenti confermano l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nella riduzione dei sintomi dolorosi e nella gestione dell'ansia e della depressione associata (Wang et al., 2018; Jiang et al., 2023). Anche il mindfulness-based stress reduction (MBSR) si è dimostrato utile nel ridurre l'iperattività somatica e migliorare la regolazione emotiva (Brotto et al., 2016; Zhuang et al., 2015).

La recente revisione sistematica di Sone-Wai Li et al. (2022) sottolinea come il trattamento psicologico integrato abbia effetti additivi superiori rispetto alla sola terapia somatica, soprattutto nel medio-lungo termine. L'integrazione di un trattamento centrato sulla persona, che consideri il paziente come un soggetto attivo e competente nel proprio percorso di cura, rappresenta il fondamento di un'efficace presa in carico clinica.



Riferimenti bibliografici

- Brotto, L. A., et al. (2016). Mindfulness in sex therapy: Applications for women and men with sexual difficulties. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1), 20–36.
- Coyne, K. S., et al. (2020). The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating clinical and quality-of-life impacts. *International Journal of Clinical Practice*, 74(9), e13552.
- Drossman, D. A. (2021). The evolving understanding of the pathophysiology of functional gastrointestinal disorders. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 18, 453–467.
- Engeler, D. S., et al. (2023). EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *European Association of Urology*.
- Fall, M., et al. (2022). EAU classification of chronic pelvic pain syndromes. *European Urology*, 81(5), 577–585.
- Franz, M., et al. (2023). Chronic primary pelvic pain syndrome in men: Classification, diagnosis, and integrated care. *Pain Reports*, 8(1), e1056.
- Jiang, F., et al. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy in patients with chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*, 26(1), 45–58.
- Nickel, J. C., et al. (2021). Update on chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Diagnostics, pathophysiology, and treatment. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 509–519.
- Sone-Wai Li, et al. (2022). Psychological interventions for chronic pelvic pain in men: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 159, 110965.
- Tripp DA, et al. (2011). A feasibility trial of a cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Canadian Urology Association Journal*, 5(5), 328-332.
- Wang, Y., et al. (2018). Cognitive behavioral therapy for chronic pelvic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain Medicine*, 19(3), 552–561.
- Zhuang, X., et al. (2015). Mindfulness-based therapy for chronic pelvic pain: A systematic review. *Mindfulness*, 6(2), 230–243.