

## Endometriosi e scoraggiamento

ROSSELLA ARDENTI

*Summary* – ENDOMETRIOSIS AND DISCOURAGEMENT. Endometriosis is a complex and invalidating chronic disease which attacks one woman in four and it is still not well known. Despite the fact that its origin is of organic dimensions, endometriosis is a disease whose symptoms involve the bio-psychic unity of women, influence their Life Style and compromise their three vital functions. Furthermore the irreversible nature of the organic inferiority is extremely discouraging. Through the experience accumulated in the self-help groups, there is the intention to highlight the encouraging role of the Life Style and the empathetic involvement of the trainer.

*Keywords:* BIO-PSYCHIC UNITY, ENCOURAGEMENT, RELATIONSHIP EMPATHIC

### I. Endometriosi: questa sconosciuta

L'Endometriosi è una malattia femminile cronica e invalidante. Si tratta di una malattia complessa che, pur avendo un'incidenza pari al 25% delle donne in età fertile, è ancora poco conosciuta.

L'Endometriosi è caratterizzata dalla presenza anomala di endometrio (tessuto che riveste la parete interna dell'utero) in altri organi, per esempio le ovaie, le tube, il peritoneo, la vagina e talvolta anche l'intestino e la vescica. Ogni mese, sotto gli effetti degli ormoni del ciclo mestruale, il tessuto endometriale impiantato in sede anomala va incontro a sanguinamento, nello stesso modo in cui si verifica a carico dell'endometrio, normalmente presente in utero. Tale sanguinamento comporta una irritazione dei tessuti circostanti, che dà luogo a formazioni di tessuto cicatriziale e aderenze. Gli organi nei quali è presente il focolaio di endometriosi vengono sottoposti a una ciclica e cronica infiammazione che incide pesantemente sulla qualità della vita della donna poiché il forte dolore invalida lo svolgimento delle comuni attività quotidiane.

I sintomi più frequenti sono: menorragia (mestruazione abbondante), metrorragia (perdita di sangue al di fuori della mestruazione), dismenorrea, dolore pelvico

cronico (soprattutto durante il ciclo mestruale), dolore ovarico intermestruale, dolore all'evacuazione, dolore lombare, dolore durante e dopo l'atto sessuale, infertilità, aborti spontanei, affaticamento cronico, periodi di stitichezza alternati a diarrea.

Per le sue particolari caratteristiche, l'Endometriosi viene considerata come tumore benigno: non porterà mai alla morte della paziente, ma potrà compromettere gravemente la funzionalità dell'organo coinvolto, o degli organi coinvolti, con pesanti ricadute sulla vita.

Le ipotesi circa la causa dell'Endometriosi sono diverse, ma nessuna sembra convincere pienamente la comunità scientifica. La teoria più recente (pubblicata nel 2008 sulla rivista *Human Reproduction*) imputa la malattia all'enzima della telomerasi. I ricercatori hanno scoperto alti enzimi di telomerasi nelle cellule che compongono l'endometrio delle donne affette da endometriosi. Questo enzima non è frequente nelle cellule normali, è invece presente in alcune cellule come gli spermatozoi. Nelle donne è presente in una certa quantità nelle cellule dell'endometrio solo al termine del ciclo mestruale così da consentire la ricostruzione dell'endometrio, distrutto ed espulso dall'organismo con la mestruazione. Inoltre, l'enzima della telomerasi si trova sotto forma di filamenti al termine dei cromosomi e svolge un ruolo fondamentale durante la replicazione cellulare.

Secondo un'ipotesi più datata potrebbe essere la mestruazione retrograda a causare l'endometriosi: secondo questa teoria, durante la mestruazione, piccole parti di tessuto endometriale si muovono in senso inverso nelle tube per poi impiantarsi nell'addome. La mestruazione retrograda è presente in tutte le donne, ma solo nelle donne affette da endometriosi, a causa di difetti immunitari e/o ormonali o dell'aumento di attività infiammatoria nel liquido peritoneale, il tessuto endometriale riesce a radicarsi e a crescere. Un'altra teoria propone che tessuto residuo dal periodo embrionale possa successivamente trasformarsi in tessuto endometriosico o che alcuni tessuti dell'adulto mantengano la capacità che avevano durante la vita embrionale di trasformarsi in tessuto riproduttivo in alcune circostanze.

La diagnosi di questa malattia è complessa: la si può avere con certezza solo attraverso laparoscopia, un esame chirurgico esplorativo in anestesia totale. L'iter per la diagnosi costituisce una consistente fonte di sofferenza, perché prevalentemente colpisce e riguarda un'importante sfera dell'identità che coinvolge la femminilità, la sessualità e a volte la fertilità [5, 6, 7, 9, 10, 11, 19, 26]; inoltre, spesso la diagnosi arriva molto tempo dopo il suo esordio e, soprattutto, dopo che la donna ha attraversato attese lunghe e piene di interrogativi e dubbi, numerose visite e dolorosi esami, a volte vissuti anche con umiliazione [16, 18]. Difficili possono essere anche: la scelta dello specialista a cui affidare la propria malattia, l'accettazione della terapia sia essa farmacologica o chirurgica e delle relative

conseguenze, le modifiche nella propria vita e nel proprio stile di vita, etc. [18].  
Terapie mirate a curare l'Endometriosi non sono ancora state trovate.

L'Endometriosi è una malattia molto complessa, come sa bene ogni donna che ne è affetta. Complessa per la sua sintomatologia, complessa per le varie forme che assume e per i diversi livelli di gravità, complessa per le diverse conseguenze che si ripercuotono nella vita personale, di coppia, relazionale, sociale e lavorativa. L'Endometriosi, cioè, è una malattia che coinvolge e condiziona l'unità bio-psichica [12, 13, 14, 15, 17, 18].

## II. *Endometriosi e Stile di Vita*

Lo *Stile di Vita* della donna affetta da Endometriosi ne appare compromesso e i *compiti vitali* ne risultano pesantemente coinvolti, soprattutto nelle situazioni in cui la malattia presenta un complesso quadro clinico. L'Endometriosi altera il sentimento del valore della propria personalità. La donna si rapporta alla propria vita con un forte ed evidente *scoraggiamento* e mette in moto un generico e progressivo meccanismo di evitamento, uno stallo sia nella volontà di potenza sia nel sentimento sociale, "come se" a fronte della propria *inferiorità d'organo* l'unica possibilità rimasta per lei fosse quella di *compensare* "rinunciando" [2, 3, 14, 18].

L'esordio dell'Endometriosi, attraverso una sintomatologia evidente e condizionante, costituisce uno "spartiacque", uno specifico momento nell'arco della propria esistenza a partire dal quale viene a delinearsi molto chiaramente ciò che la propria vita era prima della malattia e ciò che è divenuta dopo. Fenomenologicamente, l'inaspettata malattia rappresenta qualcosa che interrompe o incrina uno dei due elementi costituenti l'identità, ovvero il senso di continuità, e che porta a modifiche forzose e forzate, dunque non scelte, nei comportamenti della vita [14, 16, 18].

## III. *L'esperienza con l'Associazione Progetto Endometriosi*

Nel 2003 sono stata contattata dalla referente del gruppo di Reggio Emilia di un'associazione nazionale di donne affette da Endometriosi. Tra gli obiettivi dell'associazione c'era l'organizzazione, la promozione e la costituzione di gruppi di auto-aiuto locali, per offrire alle donne una possibilità di confronto rispetto alla malattia e quindi di aiuto. A me, in qualità di psicoterapeuta, è stata chiesta la presenza in alcuni dei loro incontri periodici (gruppi di auto-aiuto), con la duplice funzione di esperta della gestione delle emozioni e di facilitatrice delle dinamiche di gruppo. La scelta di accettare l'incarico non è stata semplice. Le fonti di apprensione e preoccupazione erano diverse.

In primo luogo, la mia inesperienza con gruppi di auto-aiuto. Conoscevo abbastanza la malattia, poiché già da diversi anni mi occupavo di infertilità e procreazione medicalmente assistita ed avevo avuto l'occasione di conoscere l'Endometriosi sia dal punto di vista medico sia dal punto di vista fenomenologico. Avevo esperienza nella gestione di gruppi, per la mia attività nella formazione delle risorse umane, ma non avevo mai avuto occasione di incontrare e gestire un gruppo di questo genere.

In secondo luogo, ho sempre guardato con una certa diffidenza le associazioni di pazienti. Se, da un lato, comprendevo l'utilità e il valore del confronto di esperienze, soprattutto in malattie ancora poco studiate, dall'altro vedevo il rischio di un progressivo allontanamento finzionale dei pazienti dalla vita sociale a favore dell'associazione, poiché è solo al suo interno che ci si sente "capiti", mentre gli altri, quelli che non hanno la stessa malattia, "non capiscono", "non possono capire". Pensavo, cioè, che la forza del gruppo avrebbe potuto far correre il rischio di *rafforzare* le individuali *finzioni rafforzate*.

In terzo luogo, avevo avuto modo di conoscere donne affette da Endometriosi ed avevo potuto sentire la profonda sofferenza legata alla malattia, la facilità con cui si sentono ferite nei sentimenti, la vulnerabilità, la facile irritabilità; inoltre, avevo anche potuto osservare sostanziali differenze individuali. I gruppi di auto-aiuto sarebbero stati composti casualmente, costituiti da donne con storie di malattia molto diverse di cui io non conoscevo il funzionamento psichico e lo *Stile di Vita*.

Infine, sapevo quanto le donne avessero energicamente protestato contro la convinzione dei medici specialisti che parte dei loro sintomi fosse di natura psicologica, dimostrando con forza l'origine esclusivamente organica dei propri sintomi.

#### IV. *L'aiuto incoraggiante*

Nonostante le perplessità, decisi consapevolmente e con coraggio di accettare la richiesta che mi era stata formulata. Accettai la responsabilità del prendermi cura della loro sofferenza [1, 8, 15] e decisi di "muovermi" all'interno di quell'esperienza mettendo in gioco il mio sapere e le mie esperienze, facendo anche tesoro delle mie "preoccupazioni". In quel momento non avevo saputo prevederlo, ma la scelta di portare con me anche le mie apprensioni si è rivelata utile, oltre che terapeutica: diedi valore al mio *controatteggiamento* [25, 30, 32].

Oltre agli obiettivi che mi erano stati posti dall'associazione, definii i miei. Ogni mio intervento avrebbe avuto le seguenti finalità:

- ricomporre l'unità bio-psichica;
- potenziare una sana e salutare volontà di potenza;
- valorizzare il sentimento sociale non solo all'interno, ma soprattutto al di fuori dell'associazionismo;
- sensibilizzare all'equilibrio dei compiti vitali;
- togliere forza alle finzioni rafforzate a favore di finzioni sul lato utile della vita;
- sollecitare verso compensazioni utili;
- ridurre l'entità del complesso di inferiorità e dell'impotenza sentita a fronte della propria inferiorità d'organo;
- ridare coraggio per affrontare le difficoltà e le complessità dell'Endometriosi.

L'intento primario era quello di fare in modo che questi obiettivi costituissero l'atteggiamento con cui affrontavo ogni incontro e secondariamente di utilizzarli come linee guida nell'articolazione dei miei singoli interventi [24, 27, 28]. Sul piano della metodologia decisi di affrontare ed elaborare ad ogni incontro un tema diverso, ad esempio: "Dolore e sofferenza", "La vergogna", "La paura", "Le difficoltà nella coppia", etc. In ogni incontro (due/tre ogni anno), il tema veniva affrontato a partire dai vissuti delle donne e attraverso le loro esperienze; il mio intervento era una "riflessione ad alta voce" su quanto i loro contributi avevano suscitato in me. Io non volevo ragionare con la loro mente, ma volevo dialogare con il loro animo. Il mio contributo non doveva essere quello di chi dà loro la soluzione, ma voleva essere quello di chi aiuta loro a trovare una propria individuale soluzione. Ogni incontro si concludeva con un momento ricreativo al quale io ho sempre partecipato, continuando ad intrattenermi con loro.

Qualsiasi fosse il tema centrale dell'incontro, a me arrivava sempre e con potenza il loro dilagante scoraggiamento verso la vita, il loro schiacciante senso di inferiorità ed il loro paralizzante senso di impotenza. Tra le partecipanti alcune hanno avuto una frequenza assidua. Ogni volta mi accorgevo che ciascuna di loro mostrava intenzionalmente un passo avanti verso l'accettazione della malattia, un tema mai trattato esplicitamente negli incontri. La cosa mi incuriosiva e trasversalmente ho cercato di comprendere cosa avesse messo in moto e alimentato questo processo. Attraverso i loro *feedback* sono giunta alla considerazione che l'aiuto più grande che da me le donne hanno ricevuto non è stato raccolto dalle mie parole, ma dal mio *stile* e dalla *relazione* che ho instaurato con loro [4, 20, 21, 22, 23, 29, 31].

Attraverso uno *stile* vero, autentico, non costruito, le donne hanno saputo cogliere ciò di cui io non ho mai parlato: il mio profondo rispetto per la vita, la fiducia con cui guardo il futuro, il mio rivolgere attenzione verso le forze, lasciando sullo sfondo le debolezze, l'umiltà e il coraggio con cui affronto "il nuovo", la curio-

sità verso ciò che non conosco. Attraverso la *relazione*, sono riuscita a trasmettere a ciascuna di loro ciò che è sempre stato in primo piano nel mio animo: che in primo luogo erano donne, non pazienti; che loro “avevano una malattia”, non “erano malate”; che è possibile vivere la vita, nonostante la malattia; che c’è sempre un modo per affrontare le difficoltà; che la malattia può limitare per esempio le occasioni d’incontro sociale, non impedire le relazioni umane; ed altro ancora.

Nella relazione con loro, l’elemento che più di ogni altro ha svolto una funzione *incoraggiante* verso l’accettazione della malattia è stato l’ascolto empatico, unitamente alla sentita fiducia nella loro potenzialità come donne, non come ammalate.

Dunque, nessuna strategia d’incoraggiamento precostituita o razionale, ma un costante atteggiamento incoraggiante, messo in gioco attraverso la relazione e il coinvolgimento autentico ed empatico, un atteggiamento che apparteneva ed appartiene al mio *Stile di Vita*. Nessuna strategia, nessun ragionamento avrebbe potuto essere così potente come lo è stato il coinvolgimento autentico.

## Bibliografia

1. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Newton Compton Editori, Roma 2008.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia Individuale. Prassi e Teoria*, Newton Compton Editori, Roma 2006.
4. ADLER, A. (1930), *Die Technik der Individualpsychologie: Die Seele der schwererziehbaren Schulkinder*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1976.
5. ADLER, A. (1932), *Tecnik der Behandlung*; (1928) *Die Technik der Individualpsychologie I, die Kunst eine Lebens- und Krankengeschichte zu Lesen*; (1931) *The Case of Mrs. A (The Diagnosis of a Life-Style)*, tr. it. *La Tecnica della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 2005.
6. ARDENTI, R., MARTINELLI, F., LA SALA, G. B. (1995), Procreazione medicalmente assistita e consulenza psicologica, *Giornale SIFES*, 2, 3: 155-162.
7. ARDENTI, R., MARTINELLI, F., LA SALA, G. B. (1996), Problematiche psicologiche della procreazione medicalmente assistita, in NAPPI, C., DI CARLO, C., GUIDA, M., *Fertilità e sterilità*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
8. ARDENTI, R., CAMPARI, C., AGAZZI, L., LA SALA, G. B. (1999), Anxiety and Perceptive Functioning of Infertile Women During in-vitro Fertilization: Exploratory Survey of an Italian Sample, *Human Reproduction*, 14, 12: 3126-3132.
9. ARDENTI, R. (1999), "Il supporto psicologico durante l'iter della PMA", *Atti del Convegno Internazionale*, «Bambini e genitori speciali? Dal bambino desiderato al bambino reale», Reggio Emilia 30-31 Ottobre 1998, Percorsi Editoriali, Roma.
10. ARDENTI, R. (2000), Sindrome da infertilità: gli aspetti psicologici, *Il Sagittario*, 7: 87-106.
11. ARDENTI, R. (2001), La ricerca reggiana sul problema dell'infertilità, *Il Sagittario*, 10:115-129.
12. ARDENTI, R., LA SALA, G. B. (2003), *La maternità possibile. I vissuti delle coppie sterili, la fede e la procreazione assistita*, Ed. Diabasis, Reggio Emilia.
13. ARDENTI, R. (2006), Il corpo tra sintomo e malattia. Verso un'alleanza tra corpo e psiche. Parte prima, *Il Pungiglione*, 1, 1: 6-8.
14. ARDENTI, R. (2006), Il corpo tra sintomo e malattia. Verso un'alleanza tra corpo e psiche. Parte seconda, *Il Pungiglione*, 1, 2: 7-8.
15. ARDENTI, R. (2007), Il corpo malato: essere o avere?, *Il Pungiglione*, 1, 3: 7-8.
16. ARDENTI, R. (2007), Combattere il malessere dell'animo aiuta a contrastare il male fisico, *Il Pungiglione*, 1, 4: 6-7.
17. ARDENTI, R. (2007), Poi, all'improvviso è arrivata lei, l'endometriosi, *Il Pungiglione*, 1, 5: 8-9.
18. ARDENTI, R. (2008), Il cammino di accettazione dell'endometriosi, *Il Pungiglione*, 1, 6: 9-11.
19. ARDENTI, R. (2009), Lo stile di vita e la malattia cronica, in PRAMPOLINI, V., *Costruendo*, Casa Editrice Mammeonline.
20. BRINGHENTI, F., MARTINELLI, F., ARDENTI, R., LA SALA, G. B. (1997), Psychological Adjustment of Infertile Women Entering IVF Treatment: Differentiating

- Aspects and Influencing Factors, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76: 431-437.
21. FERRIGNO, G. (1988), Ipotesi di tecniche comunicative verbali e non verbali per una comunicazione analitica incoraggiante, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 99-111.
22. FERRIGNO, G. (2005), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 3-8.
23. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler e la mente relazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 3-6.
24. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'intersoggettività, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
25. GRANDI, L. (2005), Socio-analisi di gruppo ed adolescenza, *Il Sagittario*, 17:3-29.
26. GRANDI, L. (2005), Psicoterapia e potere, *Il Sagittario*, 18: 19-28.
27. MARTINELLI, F., BRINGHENTI, F., ARDENTI, R., LA SALA, G. B. (1992), Infertilità organica femminile e disordini psicologici, *Co.Fe.Se.*, 19, 4: 293-298.
28. MAZZOLI, G. S. (2008), Tenerezza e aggressività nei gruppi di psicoterapia, *Il Sagittario*, 22: 21-26.
29. NEGRO, M., GADA, E. (1989), Le applicazioni della psicologia individuale ai gruppi di terapia e di formazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 30-31: 93-115.
30. PAGANI, P. L., I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di, 1998), *Itinerari Adleriani. La psicologia del profondo incontra la vita sociale*, Franco Angeli, Milano.
31. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
32. ROVERA, G. G. (1981), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
33. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.

Rossella Ardentì  
Via Pasquale Marconi, 12  
42123 - Reggio Emilia  
E-mail: ardentì@rardenti.191.it