

Dal dolore mestruale all'endometriosi: vissuti e consapevolezza

Tratteremo qui degli aspetti psicologici del dolore pelvico, in particolare di cosa succede quando questo diventa cronico, come nel caso dell'endometriosi; parlerò anche dell'impatto psicologico di ricevere una diagnosi di endometriosi e cercherò di fornire alcune indicazioni utili per affrontare la malattia sempre dal punto di vista psicologico.

A livello mondiale, il dolore cronico colpisce una percentuale più alta di donne rispetto agli uomini; tuttavia le donne hanno meno probabilità di essere curate. La ricerca scientifica ha dimostrato inequivocabilmente che le donne avvertono più dolore di tipo ricorrente, dolore più severo e dolore più duraturo rispetto agli uomini. Alcune specifiche condizioni patologiche ad alto impatto doloroso sono più frequenti nelle donne che negli uomini. Ad esempio, la fibromialgia, una condizione caratterizzata da dolore cronico diffuso, è significativamente più diffusa nelle donne (l'80-90% dei casi diagnosticati sono donne). Altre condizioni che colpiscono in modo sproporzionato le donne includono la sindrome da colon irritabile, l'artrite reumatoide, l'artrosi, i disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare, l'emicrania e il dolore pelvico cronico.

Il dolore pelvico cronico (DPC) è una sintomatologia dolorosa che può manifestarsi in modo costante oppure intermittente, in maniera ciclica oppure casuale, a livello della regione pelvica, e che persiste da almeno 6 mesi. Generalmente interessa una donna su sei della popolazione femminile in età riproduttiva, con limitazione importante nelle proprie attività lavorative o domestiche, è un dolore di cui non si è riconosciuta una causa specifica.

Delle cause comunemente presenti nelle donne con dolore pelvico cronico (per esempio l'endometriosi, le aderenze pelviche, i fibromi e così via), nessuna di esse è causa esclusiva del dolore in ogni donna in cui è riscontrata.

Il dolore pelvico cronico, per quanto sia un problema frequente per il ginecologo e il medico di base, è 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.

Il cronicizzarsi del dolore generalmente si associa a cambiamenti comportamentali emotivi: s'instaurano *sintomi vegetativi* (Sensazione di stanchezza generale e/o scarsa sudorazione durante il movimento. Aumenti del battito cardiaco a riposo e/o presenza di ipertensione/ipotensione, alterazioni apparato muscolo-scheletrico: dolori osteoarticolari, perdita di forza e/o motilità) e *depressivi* e, di conseguenza, il ruolo della donna all'interno della famiglia o della società viene modificato a causa del dolore.

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

La frustrazione che spesso è sperimentata, sia dai medici curanti che dalle pazienti nella cura e valutazione del dolore pelvico è legata all'interpretazione di questa sindrome complessa attraverso il modello medico tradizionale.

Riconoscere una causa psicologica spesso è vissuto come un etichettare una paziente con una malattia inesistente, tale etichetta è vissuta come un fallimento tanto dal medico quanto dalla paziente, la quale farà così ricorso ad un ulteriore specialista (shopping terapeutico)

Il dolore è il sistema d'allarme del nostro corpo. È una sensazione che serve a farci capire che qualcosa non va.

Ma provare dolore, è un po' come avere un terrier iperattivo a guardia della casa. A volte abbaia a chi cerca di entrare di nascosto, ma altre volte se la prende con il postino. Ogni tanto dà in escandescenze senza motivo, ma lascerebbe entrare i ladri se gli dessero qualcosa da mangiare.

Il dolore è collegato a un danno ai tessuti (quello da cui dobbiamo difenderci), eppure le due cose non vanno necessariamente insieme. Se vi è capitato di tagliarvi senza fare una piega prima di vedere il sangue, avete subito un danno ai tessuti senza dolore. Se avete avuto una fitta in attesa di un'iniezione o del trapano del dentista, avete provato dolore senza danno ai tessuti.

Ciò che rende il dolore una forma di difesa efficace è in parte anche quello che lo rende intrinsecamente soggettivo.

L'Associazione internazionale per lo studio del dolore lo descrive come “un'esperienza sensoriale ed emotiva sgradevole”. Non allontaneremmo la mano in gran fretta da un fornello bollente se il dolore fosse solo un formicolio irritante. Il dolore ci protegge perché di solito non ci piace e lo troviamo emotivamente stressante.

Questa dimensione affettiva del dolore – che potremmo anche chiamare il suo aspetto “interpretativo” o “psicologico” – diventa particolarmente complessa quando si intreccia con il genere di una persona.

È dimostrato che la medicina occidentale moderna tratta il dolore degli uomini e quello delle donne in modo molto diverso. È più probabile che la sofferenza di una donna sia minimizzata e non curata in modo adeguato. I medici approfondiscono meno il dolore al petto di una donna rispetto a quello di un uomo, anche quando si tratta dei classici sintomi di un infarto e perfino se le malattie cardiache sono una delle cause principali di morte per le donne.

Inoltre è molto più probabile che i disturbi fisici delle donne siano considerati di natura psichiatrica, spesso ricondotti alla depressione.

Uno dei motivi è che, quando le donne parlano della loro vita e delle loro esperienze, non sono ascoltate con attenzione. Sono spesso vittime di quello che la filosofa Miranda Fricker della City university di New York ha definito “**deficit di credibilità**”: sono considerate fonti d'informazione meno affidabili, proprio perché certi stereotipi le dipingono come irrazionali.

Di conseguenza, il modo in cui la società considera fenomeni come le molestie sul lavoro, la violenza sessuale e quella di un partner è profondamente distorto, perché è meno probabile che si creda ai racconti delle persone che ne sono più spesso vittime.

A causa di questo deficit di credibilità, il racconto della propria vita fatto dalle donne è una questione femminista.

Ma il caso del dolore è particolarmente interessante, perché rivela i limiti di quest'invito. È giusto e necessario chiedere *che il dolore delle donne sia riconosciuto. Tuttavia la richiesta rischia involontariamente di rafforzare un pregiudizio sociale profondamente radicato sul rapporto gerarchico tra dolore fisico e psicologico*, e lo fa in un modo che danneggia ancora una volta le donne.

Probabilmente l'antico spettro dell'isteria ancora si aggira tra noi.

Nel 1949 il Journal of Clinical Investigation pubblicò uno studio fondamentale sul dolore del parto. La domanda a cui cercava di rispondere era semplice: davvero le donne provano dolore durante il parto o è solo una reazione isterica a una situazione stressante?

Gli autori dello studio, gli ostetrici James Hardy e Carl Javert della Cornell university di New York, scrivevano: “È stato spesso osservato che le donne reagiscono in modi molto diversi al parto, alcune mostrano una grande sofferenza, mentre altre mantengono un altissimo livello di serenità durante tutto il travaglio. Questa osservazione ha portato gli ostetrici a mettere in discussione la reale presenza del dolore in alcune pazienti”.

Secondo alcuni ricercatori l'intensità del dolore dipendeva soprattutto da fattori come il rapporto della donna con il marito, la sua partecipazione al parto e la stabilità emotiva della donna durante la gravidanza. Assicuravano alle donne che, se fossero rimaste calme, non ci sarebbe stata quasi nessuna sofferenza, anzi il parto sarebbe stato un'esperienza piacevole.

Anche se sono trascorsi decenni, la tendenza ad attribuire alle emozioni la causa del dolore è ancora diffusa. Molte ricerche scientifiche recenti si chiedono se le emozioni siano la causa principale della buona o cattiva riuscita delle terapie per il cancro al seno, comprese quelle successive all'intervento. Non c'è nulla di particolarmente sbagliato nel chiedersi come influiscono i fattori psicologici sui risultati delle cure.

Il problema non è l'interesse per la dimensione psicologica del dolore legato al cancro al seno, ma il fatto che c'è più interesse per la psicologia del cancro al seno che per quella del cancro ai testicoli o al fegato, come negli anni settanta ci si interessava al parto naturale ma non all'espulsione naturale dei calcoli renali, o si cercava di capire fino a che punto la stabilità emotiva degli uomini o il rapporto con le loro mogli influiva sul dolore causato dalle coliche renali.

La società sembra preoccuparsi molto di più del ruolo delle emozioni quando si tratta della salute, e del dolore, delle donne.

Prendiamo un altro esempio: *se una donna prova dolore durante i rapporti sessuali senza una patologia fisica che lo giustifichi, e ne è angosciata, in genere le viene diagnosticato un disturbo mentale.* La diagnosi tiene conto solo del dolore e dell'angoscia che le provoca, anche se la donna fa sesso in un mondo che dà più importanza al piacere maschile che al disagio femminile, o con un partner che lo pratica in modo rozzo e aggressivo. Se le fa male e questo la angoscia, tecnicamente la sua sofferenza soddisfa i criteri della malattia mentale.

A quanto pare, fino a prova contraria, il dolore delle donne è di tipo isterico. In questo contesto si stanno moltiplicando gli inviti a credere alle donne che lamentano un dolore, a credere che il loro dolore è reale. Ovviamente lo è. *Ma è qui che avviene la distorsione: difendere il dolore delle donne spesso significa affermare che non ha origini psicologiche. Perché sia reale, e legittimo, il dolore deve avere una causa organica. E a questo punto le cose si complicano.*

A rendere il quadro più complesso, c'è il fatto che i risultati di alcuni studi scientifici fanno pensare che le donne soffrano più degli uomini a causa di problemi psicologici. Per esempio, sembrano soffrire di depressione e di ansia più degli uomini.

Ma i risultati di queste ricerche vanno letti con occhio critico perché non si capisce fino a che punto questa differenza sia dovuta ai pregiudizi diagnostici, cioè agli strumenti usati per misurare la depressione e l'ansia e ai pregiudizi dei professionisti della salute mentale, che potrebbero aver distorto i risultati attribuendo al fattore psicologico più importanza nelle donne che

negli uomini. Ma considerato tutto quello che sappiamo sulla vita delle donne – gli abusi, le violenze, le barriere, il peso del lavoro di cura e accudimento – è plausibile che soffrano maggiormente di depressione e di ansia.

Possiamo credere che la sofferenza della donne sia più spesso mentale senza necessariamente credere che siano emotivamente fragili per natura.

È stato anche dimostrato che le donne e gli uomini vivono le malattie psichiche in modo diverso. Quando sono depressi, è molto più probabile che gli uomini soffrano di anedonia, cioè non riescano a provare piacere, e facciano abuso di sostanze, mentre le donne tendono a lamentare sintomi fisici come affaticamento e dolore.

Inoltre, la maggior parte dei disturbi psichiatrici che si manifestano attraverso il corpo – l'anoressia, la bulimia, l'autolesionismo, la somatizzazione, il disturbo fittizio – sono molto più comuni nelle donne che negli uomini. Anche in questo caso, la disparità potrebbe essere dovuta a un pregiudizio culturale. Se a praticare il “digiuno intermittente estremo” è una ragazza di 16 anni che vuole essere magra invece di un uomo di 35 che vuole sperimentare il biohacking, le probabilità che sia diagnosticato un disturbo alimentare aumentano.

E la disparità di genere in diagnosi come quella della somatizzazione forse si applica anche alle donne a cui viene affibbiata un'etichetta di malate psichiatriche per una malattia fisica. Ci sono dei precedenti. La sclerosi multipla colpisce in modo sproporzionato le donne, ma in origine era considerata una malattia essenzialmente maschile, anche perché alle donne era diagnosticata come isteria.

A parte queste considerazioni, abbiamo prove concrete del fatto che la malattia psichiatrica può influire molto sul corpo, ma il modo in cui influisce è diverso negli uomini e nelle donne. Genere, malattia psichiatrica e corpo sono chiaramente collegati tra loro.

E più ne sappiamo del dolore, più ci rendiamo conto che è un complesso fenomeno biopsicosociale. Non è una semplice reazione.

In molti casi di dolore cronico, per esempio, la risposta iniziale è provocata da un danno, ma il dolore persiste a lungo anche dopo che il tessuto danneggiato è guarito perché il corpo si sente ancora vulnerabile.

Il dolore ci protegge, ma è più facile comprenderlo se lo si considera un segno che il nostro corpo pensa di essere in pericolo, piuttosto che la percezione di un danno fisiologico.

Nel dolore c'è sempre una componente psicologica e una fisiologica. Se ci tagliamo un dito, il dolore che proviamo ha una causa fisica, ma lo percepiamo anche come qualcosa di spiacevole. *Se abbiamo mal di testa perché siamo stressati, probabilmente abbiamo anche i muscoli tesi, il battito cardiaco accelerato e la pressione del sangue più alta del solito.*

Nessuno soffre mai solo “nella sua testa” e nessun dolore è mai puramente fisico, anche se siamo organismi fisici e tutto quello che ci succede, fisico o mentale, è percepito dal nostro corpo.

Per quanto ne sappiamo oggi, forse non c'è una vera differenza tra dolore “psicogeno” e dolore “fisico”. Ma questo non significa che è inutile distinguere se la causa primaria è una patologia fisica o una sofferenza psicologica.

Forse *ciò che provoca il dolore non influisce su quello che proviamo, ma influisce su come lo curiamo*. Se ci fa male il petto a causa di una malattia cardiaca, i medici devono curare il nostro cuore. Se abbiamo male al petto a causa dello stress, i medici devono curare la nostra ansia. In molti casi, però, le cause primarie potrebbero essere sia fisiche sia psicologiche: può farci male la schiena sia perché siamo stressati sia perché, a causa di un dolore durato molto a lungo, facciamo movimenti sbagliati o abbiamo i muscoli tesi. Quindi per eliminare il dolore, dobbiamo curare entrambe le cose.

Naturalmente, *aver capito che un mal di testa dipende essenzialmente dallo stress non rende il dolore meno reale o intenso. Il dolore è dolore*, sia che abbia una causa principalmente fisica (una ferita, un problema di nervi) sia che ne abbia una principalmente psicologica (stress, depressione).

Per lo stesso motivo, che sia causata da complessi fattori socioeconomici o da un problema di tiroide, la depressione rimane depressione. La sua causa non ne determina l'intensità, anche se è importante capire cosa la provoca per poterla curare.

Ipotizziamo che oggi molti di noi vogliano sinceramente credere alle donne quando dicono che stanno male. Ma non è chiaro cosa significhi esattamente. Forse che dovremmo semplicemente credere alle donne quando dicono che stanno soffrendo. Naturalmente le donne possono mentire e distorcere la realtà. Credere a quello che dicono significa che non dovremmo mettere in discussione la loro credibilità solo perché sono donne. E spesso troviamo le donne meno credibili, esagerate o melodrammatiche quando ci parlano del loro dolore.

Ma l'invito a credere alle donne spesso diventa qualcosa di più: un appello a credere che il loro dolore è provocato da cause fisiche, almeno fino a quando non si riesce a dimostrare il contrario. In questo modo, però, perfino le femministe possono cadere nella *trappola di dire che un dolore "vero" non può avere cause psicologiche*. Spesso minimizziamo quello che le donne dicono sulla loro vita proprio perché le consideriamo inaffidabili e capricciose. Perciò ci capita spesso di pensare che certi dolori sono "nella loro testa".

Ma questo non è l'unico pregiudizio.

Consideriamo anche tutto quello che è psicologico meno grave, meno reale o meno degno di attenzione, soprattutto nel caso delle donne. Questo dà origine a ciò che io chiamo un doppio vincolo, prodotto da due diversi pregiudizi: "le donne sono isteriche" e "le malattie psichiche non sono reali". È quasi impossibile combattere uno dei due pregiudizi senza involontariamente rafforzare l'altro. Le donne che hanno sofferto inutilmente a causa di una diagnosi psichiatrica sbagliata sono giustamente contrarie a un'eccessiva psicologizzazione della loro sofferenza. Ma più concentriamo l'attenzione sul fattore fisico, meno teniamo conto del fatto che depressione, stress e traumi possono provocare dolore o influenzarlo. E questo è assurdo.

Il dolore è la risposta a una minaccia, e il cervello usa quasi lo stesso meccanismo, che la persona sia ferita socialmente o fisicamente.

È a questo punto che il doppio vincolo diventa particolarmente insidioso.

Per riconoscere gli aspetti psicologici del dolore, dobbiamo attribuire importanza allo stress e alle emozioni. Ma appena si parla di stress e di emozioni il modo in cui viene percepito il dolore delle donne cambia completamente.

Nel corso di un affascinante studio, a un gruppo di medici è stata data la cartella clinica di due ipotetici pazienti – un uomo di 48 anni e una donna di 58 – con gli stessi sintomi di un attacco

cardiaco. Nel primo caso gli è stato detto che i pazienti presentavano dolore al petto, affanno e battito cardiaco irregolare, e i medici avevano diagnosticato un infarto. Nel secondo caso, le informazioni sulla paziente erano le stesse, ma con l'aggiunta dello stress. Lo stress fa aumentare la probabilità di infarto, indipendentemente dal sesso della persona. Ma mentre la maggior parte dei medici riteneva che per l'uomo si trattasse di un attacco cardiaco, solo il 17 per cento lo diagnosticava anche per la donna (e solo il 30 per cento consigliava l'intervento di un cardiologo, rispetto all'81 che lo riteneva opportuno per l'uomo).

Quando si tratta di una donna, accennare ai fattori psicologici sembra provocare un cambiamento di percezione. Quando si comincia a parlare di emozioni, è difficile non evocare lo spettro dell'isteria.

Uno dei problemi è che si passa troppo facilmente da ciò che è effettivamente vero sulle donne a quello che in qualche modo è **nella loro natura**.

Quando diciamo che le donne soffrono più degli uomini di ansia e depressione, facciamo una generalizzazione corretta che potrebbe essere spiegata da fattori socioeconomici contingenti. È una generalizzazione corretta che però non ci dice nulla sulla donna che abbiamo davanti.

Ma si tende troppo facilmente a dedurre che le donne, in quanto tali, sono inclini all'ansia e alla depressione. E quindi, com'è intuibile, quando sottolineiamo i fattori psicologici che influiscono sul dolore – quello di tutti, perché così funziona il dolore – tendiamo in modo sproporzionato a riferirci alle donne.

I pregiudizi a doppio vincolo sono difficili da aggirare.

È importante non ignorare che lo stress, la depressione e i traumi influiscono sul dolore delle donne. Ma è altrettanto importante non rafforzare il pregiudizio che i problemi delle donne dipendono dalle loro emozioni.

È molto difficile fare entrambe le cose insieme e si possono provocare danni eccedendo in una direzione o nell'altra.

Trattare le malattie fisiche delle donne come disturbi psicologici può mettere in pericolo la loro salute e la loro vita così come non tener conto della loro salute mentale può provocare danni. Temo che non esista un modo facile per uscire da questa rete di pregiudizi. Ma se ammettere di avere un problema fa parte della soluzione, forse quello che serve è semplicemente riconoscere l'esistenza del doppio vincolo dei pregiudizi.

Il dolore delle donne
Elizabeth Barnes, Aeon, Australia
Internazionale 21 agosto 2020

ENDOMETRIOSI

Un quadro fisiologico di malattia che presenta dolore cronico è quello dell'Endometriosi

I principali sintomi dell'endometriosi sono: il *dolore*, la *dismenorrea*, la *dispaurenia*, la sterilità e le *menorragie*,

Con l'evolversi della malattia il dolore diviene più forte e prolungato: dura di più e, con l'ulteriore evolversi della patologia, la paziente avverte costantemente una dolenza pelvica di tipo gravativo, un senso di tensione continuato e un senso di malessere permanente nel quale si inseriscono le crisi dolorose mestruali, sempre più intense.

Tra i meccanismi ipotizzati essere coinvolti nel determinismo del dolore vi sono l'infiammazione, le aderenze, il coinvolgimento neuronale, il fattore psicologico etc.

Va inoltre ricordato che esistono fattori psicologici e sociali che possono interagire con i fenomeni fisici per produrre l'oggettiva sensazione di dolore.

Le donne con dolore pelvico cronico hanno frequentemente profili psicologici anormali, che possono comprendere una storia di depressione e/o di problematica condizione familiare.

Il sospetto clinico di endometriosi deve porsi per ogni caso di dolori pelvici acuti, recidivanti e cronici, di dispaurenia, di infertilità da fattore tubarico o da causa inspiegata, di dismenorrea grave e ribelle, tanto più se caratterizzata da esacerbazioni sul finire del flusso mestruale.

La distinzione tra malattia e malessere ha contribuito a rafforzare questo modello, portando alla ribalta la soggettività del paziente: *malattia* è un termine che non descrive chi è malato ma si limita al dato obbiettivo biologico, *malessere* fa diretto riferimento al personale, al soggettivo, e a come il paziente percepisce e integra la propria malattia nella sua storia e nel modo di essere.

Leriche, "il dolore fisico non è un semplice fatto di impulso nervoso, ma la risultante del conflitto tra un fattore eccitante e l'intero individuo".

Da tenere presente che al paziente dolorante cronico basta provare quelle percezioni associate al comportamento di dolore per risentire di nuovo i mali passati, in assenza di qualsiasi stimolazione nocicettiva (dolore fisiologico)

Le implicazioni di una simile concezione sono importanti: infatti se il dolore si rende gradualmente autonomo e diviene indipendente dalla nocipercezione, il ricorso a terapie antalgiche è inefficace. In tal caso il miglior mezzo per attenuare la sofferenza consiste nel far acquisire al paziente nuovi comportamenti che si oppongano a quelli che egli ha sviluppato

È un dato di fatto invece, che il dolore cronico parzialmente alleviato dai farmaci, provoca disagi psichici, spesso sotto forma di stati depressivi. Il disagio deriva dall'impossibilità di comunicare pienamente la propria condizione ai familiari, al proprio compagno, sul posto di lavoro: infatti il dolore fisico si ripercuote sull'intera vita.

Le strategie per far fronte all'impatto di una diagnosi di endometriosi, messe in atto vanno essenzialmente in due direzioni:

- A. quella di minimizzare le conseguenze dannose dell'evento stressante
- B. quella di gestire le forti emozioni che possono nascerne.

La malattia può frustrare bisogni, causare una perdita dell'autostima, aumentare l'intensità dei conflitti psichici, alterare l'immagine corporea, provocare isolamento sociale.

Si produce in varia misura, ma inevitabilmente, una reazione depressiva, determinata dalla condizione reale o simbolica di perdita che il malato deve subire.

L'infermità rappresenta sempre una ferita narcisistica, un insulto all'immagine ideale di sé ovvero una prova di fallibilità.

In reazione a una malattia cronica come l'endometriosi, si possono constatare sentimenti come: paura, confusione, insicurezza, ansia, frustrazione, depressione, rabbia e solitudine.

Questi sentimenti, contribuiscono poi a determinare nelle donne sensi di colpa, scarsa fiducia in se stesse e poca autostima.

I fattori che concorrono a determinare i sentimenti sopra descritti sono: la malattia, il tipo di personalità della donna, la rete sociale di appartenenza.

1. Una modalità di reazione molto comune di fronte a una malattia è il **meccanismo di regressione**: questo può definirsi come un ritorno automatico e involontario a modelli di funzionamento psicologico che sono caratteristici di stadi evolutivi precoci, infantili.

La regressione si manifesta nello stato di malattia per l'emergere di un comportamento infantile, esemplificato dall'egocentrismo del malato (egli considera il mondo solo in relazione a sé e alle sue esigenze), dalla dipendenza "lo stato regressivo può anche manifestarsi con la fuga nel sonno, con il ritorno a fasi precoci della sviluppo psicoaffettivo, in particolar modo orali, con lo sviluppo di esigenze alimentari particolari"

2. Un altro principale meccanismo intrapsichico, è l'emergere di un **sentimento di rifiuto** iniziale, rispetto alla diagnosi: *non accetto di essere malata*, e perciò si mettono in atto dei meccanismi di difesa, come la *negazione* del problema".

La negazione può consistere nell'incapacità di riconoscere la reale gravità della malattia oppure nello sminuirne l'impatto e le conseguenze fisiche su di sé. A volte nelle forme più gravi, si arriva a negarne completamente la presenza.

Un meccanismo che porta naturalmente al rifiuto dell'infermità e si può tradurre nel rifiuto del trattamento terapeutico

3. Nelle donne in cui prevalgono sentimenti di rabbia e di invidia, si possono sviluppare **reazioni aggressive e persecutorie** nei confronti della malattia che consiste nell'attribuire all'esterno la causa della propria malattia (spesso conseguente alla negazione).

Un atteggiamento che secondo Bibring (1956) ha lo scopo di allontanare la paura e l'angoscia dalla consapevolezza del paziente, può impedire una reazione depressiva, a prezzo però di una relazione disturbata con le persone che lo curano.

La rabbia è un sentimento che scaturisce solo nelle fasi iniziali della presa di consapevolezza della condizione di malata, quindi se non viene elaborata rischia di diventare causa di un comportamento aggressivo, che potrebbe allontanare gli altri

4. In altre persone possono prevalere sentimenti di **apatia e depressione**, e si può sviluppare nel tempo, un arretramento delle relazioni con un conseguente vissuto di *solitudine*.

Ogni componente umana indica una forte componente relazionale che però ha sempre una doppia valenza: di sofferenza e di supporto.

5. Talvolta perciò, si mettono in atto dei meccanismi di difesa che sottraggono dalla possibilità di provare empatia, e uno di questi meccanismi è la **negazione della sofferenza da parte dell'altro**: se non è vero che tu soffri così tanto, allora non mi devo coinvolgere nella tua vita, non mi identifico con il tuo dolore, quindi non ho sensi di colpa

6. L'atteggiamento **svalutativo**, come meccanismo di difesa, può trovare una giustificazione nella scarsa capacità di sopportare il dolore: non esiste uno strumento per misurare il dolore, come invece è il caso del termometro usato per la temperatura, questo fa sì che il forte dolore lamentato, sia attribuito alla scarsa capacità di sopportazione. Invece, proprio perché il dolore è soggettivo, diventa rilevante sul piano della qualità della vita di chi lo prova, indipendentemente dalla sua intensità.

7 Altri meccanismi di difesa che possono attuare chi sta intorno a una donna che riceve una diagnosi di questo tipo: **la fuga del partner**, nelle relazioni di coppia, proprio perché il dolore della donna non viene compreso e capito; o ancora subire l'**incomprensione e l'isolamento da parte dei colleghi di lavoro**, che con frasi come *sei solo una scansafatiche* non tardano a far sentire tutta la loro violenza, generando nella donna ulteriori sensi di colpa. La sensazione di essere respinte perché sofferenti, può causare un meccanismo di isolamento auto-prodotto, fino all'atteggiamento *vittimista di chi si piange addosso*.

Per questi motivi.....

È molto importante che la donna riesca a raggiungere un equilibrio psicofisico attraverso un lavoro su di sé e sulle relazioni con gli altri.

Un lavoro su di sé di tipo cognitivo, può essere *la riacquisizione dell'autostima e della fiducia*, in quanto un'immagine positiva di sé le consentirà di potersi aprire alle relazioni interpersonali.

Oppure la donna, potrà porsi delle aspettative realistiche di miglioramento, in modo da saper gestire le speranze e gioire delle piccole conquiste; o ancora concedersi delle gratificazioni con attività che recano piacere come: mettere in atto meccanismi di sublimazione, cioè trasformazione dei pensieri negativi in attività fisiche o intellettive, a secondo delle inclinazioni di ciascuno.

E' da sottolineare infine un elemento fondamentale come *l'auto-ironia che aiutando a sdrammatizzare i momenti di tensione, rende più piacevole la vita*.

La malattia è sicuramente un'esperienza negativa al di fuori della nostra volontà, che però può diventare un'occasione per riflettere a fondo sulla vita, e sul senso delle cose.

Gli esseri umani da sempre s'interrogano sul significato della vita, ne sono testimonianza la mitologia, la filosofia, le religioni e con lo stesso atteggiamento si tenta di riconoscere il significato intimo del dolore per comprenderlo ed esorcizzarlo.

Con il dolore emergono: senso di fallimento, senso di abbandono e paure; un motivo di alleggerimento del carico doloroso è senza dubbio la realizzazione di relazioni positive che siano di reale supporto per la persona che soffre.

Uno di questi meccanismi può essere *il confronto all'indietro*, cioè guardare chi *sta peggio di noi*, proprio per non cadere nel vittimismo; ma anche *il confronto in avanti*, cioè identificarsi con chi attraversa una situazione simile alla nostra, che magari ha già superato gli stessi problemi aiuta ad avere speranze future.

Per ogni essere umano che si trovi ad affrontare la sfida con la sofferenza, ricordiamo il grande valore dell'ascolto e della condivisione: elementi necessari per sentirsi accolte e custodite, e l'esperienza dei gruppi di auto-aiuto dell'Associazione Italiana Endometriosi, è una vera testimonianza.

Tesi di laurea:

Il Vissuto Psicologico in Donne Affette da Endometriosi.

Quattro Storie di Vita SIMONA COTRONEO

<http://www.amistrada.net/I/I-ricer/I-ricer-S.Cotroneo/I-ricer-S.Cotroneopres.htm>

Cosa può fare il sostegno psicologico

Convivere con il dolore fisico per ragazze, donne e le persone che hanno il ciclo, è un tema noto, ma per molte non è semplicemente un disagio che rientra nella norma, ma un vero e proprio limite ad una vita serena: dolori addominali, problemi intestinali, nausea, stanchezza cronica, dolore durante i rapporti sessuali, infertilità, senso d'inadeguatezza, difficoltà a condurre una vita sociale e lavorativa normale, vergogna, scarsa autostima, dolori muscolari, attacchi di panico, stati depressivi, senso di colpa, tensione emotiva e corporea.

L'accoglienza terapeutica è focalizzata sugli aspetti emotivi e psicologici, da associare alla terapia medica (farmacologica e di monitoraggio clinico) che già si sta seguendo con lo specialista di fiducia.

Lavorando insieme si può cercare di costruire uno spazio in cui poter portare i **pensieri, le emozioni** (la paura, la rabbia, la disperazione, l'impotenza, ecc.) e i **dubbi** che accompagnano il rapporto con il dolore e la malattia legata al ciclo mestruale.

L'obiettivo del percorso terapeutico sarà quello di l'accogliere tutto quello che a volte è difficile esprimere con le persone che ci sono vicine ed imparare a scoprire nuove risorse personali per affrontare dal punto di vista psicologico il dolore corporeo e i disturbi fisici.

Cercare di imparare anche a percepire e conoscere meglio il proprio corpo lavorando con esercizi corporei di ascolto, di rilassamento e di espressione.

Il corpo può diventare non solo fonte di disagio, ma anche risorsa psicologica e vitale, da cui può nascere una percezione di sé più soddisfacente, aumentando l'autostima e accogliendo i propri limiti.

Si può guardare più da vicino cosa si sta vivendo e quali sono gli elementi emotivi disagiati che accompagnano i vari disturbi fisici. A volte può essere utile proprio focalizzarsi sui vissuti di angoscia e sofferenza legati ad una recente diagnosi di endometriosi o alla difficoltà a convivere con una patologia cronica così limitante sul piano relazionale e nella percezione di sé.

ENDOMETRIOSI: Consigli dal punto di vista psicologico

- Regolarizzare i ritmi circadiani rispettando un **periodo di riposo notturno di almeno 7 ore.**

- Respirazione: **imparare a respirare correttamente** comporta una **migliore ossigenazione dei tessuti**, una riduzione dell'acidosi e quindi del dolore e notevoli benefici dal punto di vista della gestione dello stress. Tecniche di respirazione che si possono apprendere senza difficoltà sono presenti in varie discipline soprattutto orientali: **yoga, tai chi, qi gong, pranayama** ma anche **training autogeno, pilates** e così via.
- **Terapie di supporto: Fitoterapici per ridurre il dolore e l'infiammazione** e per regolarizzare la produzione ormonale, funghi medicinali, **agopuntura**, fisioterapia per la riabilitazione del pavimento pelvico.
- Tecniche psicoterapeutiche (scegliere le più adatte caso per caso), poiché **l'endometriosi è quasi sempre associata a problematiche emozionali legate ai rapporti sessuali non soddisfacenti** e talvolta impossibili, **alle difficoltà di concepimento e al dolore cronico**.

Utile per questi motivi imparare ad ascoltare i propri bisogni emotivi, individuare le aree di conflitto nella propria vita ed essere disposte ad affrontare dei cambiamenti sono premesse indispensabili perché qualunque tipo di terapia porti risultati duraturi e non solo sollievo parziale. Inoltre, imparare una **corretta gestione dello stress** comporta la riduzione dei mediatori infiammatori e la regolarizzazione della produzione ormonale. E' importante per la guarigione e il benessere essere disponibili a mettersi in gioco, scegliere i professionisti giusti, informarsi, discutere le possibilità di trattamento, essere disposte a fare delle scelte anche radicali (approccio olistico della Dott.ssa Roberta Raffelli).