TESINA

“IL COUNSELING COME STRUMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE”

Dr.ssa Valentina Violante Pontello

Corso Biennale di Formazione in Counseling Centrato sulla Persona – Primo Livello

Firenze

I anno 2012-2013

Introduzione

La parola **counseling** è di origine anglosassone, e letteralmente significa "consulenza". In realtà, l'accezione è più ampia rispetto a quanto si potrebbe capire dalla traduzione, che nella nostra lingua ha una valenza quasi esclusivamente tecnica, e include tutte quelle situazioni in cui ci si rivolge ad un "consulente" per un problema specifico. Nel mondo anglosassone, infatti, esistono vari tipi di counseling: accanto al counseling psicologico troviamo quello scolastico, lavorativo, medico (in campo ostetrico ad esempio ci sono il counseling genetico e prenatale), e così via, ognuno relativo ad un diverso ambito di intervento. Nell'accezione che è stata trasmessa a noi in Italia, il counseling non altrimenti specificato è quello relativo all'ambito psicologico.

L'introduzione di questa metodica ha acceso diversi dibattiti tra gli addetti ai lavori, e solo recentemente la legge si sta muovendo per chiarire ufficialmente le rispettive **aree di intervento di counseling e psicoterapia.** E' stato stabilito, infatti, che il counseling deve essere circoscritto ad un'area problematica specifica, e che il counselor non dovrebbe superare le 10 sedute per ogni cliente, per non diventare una forma di psicoterapia (che configurerebbe un abuso di professione).

La differenza fondamentale tra counseling e psicoterapia è che la prima si occupa di una problematica specifica di un momento circoscritto della vita del cliente (nel "qui e ora"), analizzandola in profondità, mentre la seconda abbraccia vari aspetti della personalità, per arrivare ad una ridefinizione di un sé più consapevole e funzionale. Entrambe hanno come finalità promuovere il benessere della persona.

Ricordiamo la **definizione di salute** secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948): "la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia". La salute quindi comprende più ambiti, ed è importante preservarla con una adeguata prevenzione.

La prevenzione può essere concretizzata a diversi livelli: si definisce *prevenzione primaria* quella che avviene prima dell'insorgenza della malattia mediante l'azione sui fattori di rischio, la *prevenzione secondaria* quella che viene messa in atto mediante la diagnosi precoce di malattia, la *prevenzione terziaria* quella che agisce sulle complicanze e le disabilità delle malattie croniche. Quindi, se vogliamo fare un parallelismo con la prevenzione medica, il counseling agisce principalmente tramite la prevenzione primaria, ma ha anche un ruolo nella prevenzione secondaria e terziaria, attraverso la raccolta di un disagio, che se sfocia nella patologia può essere indirizzato allo specialista di riferimento. Il counseling, infatti, non entra nella psicopatologia, ma può talora rappresentare il primo punto di ascolto del cliente con problematiche psicopatologiche, che sarà successivamente inviato ad una psicoterapia e/o ad una terapia farmacologica.

La parola counseling viene utilizzata nel contesto psicologico per la prima volta nel 1908 da Frank Parsons, e poi ripresa nel 1951 da Carl Rogers, che fonda una corrente detta dell'approccio centrato sulla persona.

L'approccio centrato sulla persona, per i tempi in cui viene proposto, è *rivoluzionario*: esso mette sullo stesso piano il counselor ed il cliente. Fino ad allora il terapeuta era ritenuto l'esperto, ed il cliente un soggetto fragile, debole, e bisognoso di aiuto. Carl Rogers per la prima volta afferma che il cliente ha in sé le potenzialità e le risorse per risolvere il suo problema, ed il compito del terapeuta è quello di facilitare l'emergere di tali risorse. Il terapeuta agisce come specchio, che rimandando le emozioni del cliente, ne favorisce l'introspezione ed il contatto con i sentimenti più profondi.

L’emergere di tali sentimenti mette in grado il soggetto di attingere alle sue risorse più forti e vitali, e lo aiuta a trovare la sua soluzione al problema, senza che essa venga imposta dall’alto. Infatti, secondo questo approccio, l’emozione accompagna e facilita il comportamento diretto allo scopo. Il cliente, in questo modo, realizza la sua **tendenza attualizzante**, cioè diventa ciò che è destinato per sua natura ad essere, al di fuori di ogni condizionamento esterno.

Secondo Rogers, il terapeuta non deve approcciare il cliente ripetendo meccanicamente un metodo e delle regole. Il terapeuta mette sé stesso ed il suo essere come strumento a disposizione del cliente, e porta nella relazione di aiuto tre **condizioni fondamentali**. Queste condizioni sono rappresentate da: accettazione positiva ed incondizionata, empatia e congruenza. Esse rappresentano l’humus in cui il seme, già presente nel cliente, può germogliare.

L’accettazione positiva ed incondizionata consiste nel fatto che il terapeuta mostra di accettare quello che il cliente gli porta, ed esclude qualsiasi tipo di giudizio, sia in senso positivo che in senso negativo. Ad esempio i sentimenti perdono le connotazioni, che vengono date comunemente, e vengono accettate come una parte di sé, che non deve essere negata, rimossa o oggetto di vergogna. Nel momento in cui il terapeuta accetta quello che gli porta il cliente, anche il cliente sarà in grado di accettare sé stesso, e questo è il primo passo verso una maggiore consapevolezza del proprio mondo interiore. Ciò può talora porre dei problemi se il cliente porta questioni, che si scontrano con il sistema di valori del terapeuta. Questi potrà decidere un eventuale invio ad un collega, se riterrà opportuno di non poter seguire il cliente nel modo più adeguato.

L’empatia è quella condizione in cui il terapeuta si sente insieme e dentro ai sentimenti del cliente (come richiama l’etimologia, *en pathos*), riesce a vedere il mondo come egli lo vede, ne capisce la cornice di riferimento, e gli rimanda quello che ha visto e sentito ad un livello ancora più profondo, favorendo così la sua introspezione. Questo deve avvenire senza fornire giudizi, e non in modo dichiarativo, cosa che farebbe sentire il cliente sotto una lente di ingrandimento.

L’empatia consiste, quindi, nel mettersi nei panni dell’altro, e può manifestarsi secondo una scala in quattro livelli:

- il livello 0 è un responso che *non mostra segni di comprensione* per i sentimenti del cliente. Può essere un commento irrilevante o ironico, un giudizio sul cliente o su persone a lui vicine, o un consiglio.
- Il livello 1 corrisponde ad una *comprensione parziale*, che rimane in superficie, perdendo qualcosa dell’esperienza che viene riportata. Può essere espresso con un “come ti capisco” oppure “questo deve essere molto duro per te”, che assomiglia più alla simpatia, che non alla vera empatia.
- Il livello 2 consiste nell’*empatia accurata*, chi ascolta mostra comprensione e accettazione delle emozioni di chi parla.
- Il livello 3 si raggiunge quando si riesce a sondare con una *riflessione del profondo*, che fa emergere sentimenti sottostanti, anche al di là del livello di consapevolezza immediata del cliente.

In questo percorso di condivisione chi ascolta è attraversato dai sentimenti di chi parla, ma sa distinguerli dai propri, anche quando toccano temi sensibili per il terapeuta. Qui entra in gioco la **congruenza**: l’ascoltatore è sé stesso in modo reale, e non vuole sostituirsi al cliente. Non gli proietta sentimenti che non appartengono al mondo interiore del cliente, ma che sono i propri. Se

questo avvenisse, ci sarebbe una perdita di congruenza, che comporta necessariamente anche la perdita dell'empatia. Una possibile causa può essere il fatto che il terapeuta porti in sé questioni irrisolte, e non sia in contatto con il proprio mondo interiore. Altre situazioni in cui può verificarsi un blocco di empatia è quando il terapeuta ha delle teorie preconcette (cioè dei costrutti) sul comportamento umano, o dei veri e propri pregiudizi, o ancora se porta i suoi bisogni e le sue paure nella relazione di aiuto.

Possiamo quindi capire che le tre condizioni si presuppongono l'una con l'altra, e che devono essere mantenute perfettamente intatte per tutta la durata del colloquio.

Un altro elemento fondamentale è che il terapeuta abbia fiducia e creda fermamente nelle potenzialità del cliente di risolvere il suo problema e nella sua tendenza attualizzante, e che, di conseguenza, **rifiuti ogni forma di direttività**. Nel counseling non si danno consigli, e questo può essere percepito all'inizio spiazzante per il cliente, che nel primo approccio potrebbe volere dal terapeuta una soluzione ai suoi problemi. I consigli, infatti, sono particolarmente dannosi, in quanto mettono il terapeuta nella posizione dell'esperto, creano dipendenza, e non favoriscono la tendenza attualizzante del cliente, che percepisce il terapeuta come un interprete migliore del suo mondo interiore rispetto a lui stesso.

Nell'approccio centrato sulla persona, **il percorso è tracciato dal cliente**, il terapeuta lo segue e lo aiuta ad orientarsi, come se si trovassero in una selva oscura ed intricata. Anzi, se in alcuni momenti il terapeuta tende ad allontanarsi da questo percorso, è il cliente che lo aiuta a rientrarci correttamente. Infatti, il terapeuta fornisce uno specchio alle emozioni del cliente, ma in alcuni momenti potrebbe rimandargli elementi che non gli appartengono. In questo caso il cliente ne espliciterà l'estraneità, ed avrà l'occasione di chiarire meglio al terapeuta e a sé stesso che cosa intendeva realmente dire. Se invece il terapeuta tentasse coscientemente di portare il cliente su di un percorso da lui stabilito, questo comporterebbe necessariamente la perdita dell'empatia, nel momento in cui il cliente percepisce di essere manipolato. In questo caso, infatti, la centratura sarebbe su chi ascolta, e non su chi sta parlando.

L'approccio centrato sulla persona si rivolge non solo all'individuo, ma anche ai gruppi. Nel testo "**I gruppi di incontro**", pubblicato nel 1978, Carl Rogers affronta le dinamiche ed il processo del gruppo, e ne evidenzia i fattori curativi. Infatti, l'esperienza del gruppo consente di raggiungere alcuni obiettivi, in primo luogo permette agli individui di esplorare una *dimensione di universalità*, cioè li fa sentire meno soli, nel momento in cui condividono un problema comune a più partecipanti. Nel gruppo si impara a dare e a ricevere supporto emotivo, trovando un equilibrio tra la propria indipendenza e la possibilità di chiedere aiuto agli altri se necessario. Questo ha un effetto positivo sulla propria autostima, favorisce la speranza e aiuta la *ristrutturazione cognitiva* nella percezione del sé e del sé in relazione agli altri. Nel gruppo possono emergere comportamenti stereotipati, legati alla propria famiglia di origine. Prenderne coscienza, tramite il feedback degli altri partecipanti, significa metterli in discussione ed apprendere comportamenti più funzionali. L'esperienza del gruppo crea una coesione, ci si aiuta a vicenda, e sentirsi in grado di aiutare gli altri aumenta il senso di *fiducia, la propria autostima e la capacità di socializzazione*. Nel gruppo si sperimentano l'accettazione di sé stessi e degli altri e si possono esprimere i propri sentimenti più profondi. Questo può portare a momenti di catarsi, che favoriscono la coesione e *l'apprendimento interpersonale*. Infatti osservando come si comportano gli altri e come affrontano le situazioni, ogni individuo può ricavarne un modello comportamentale, che lo aiuta ad affrontare e risolvere il suo

problema. La coesione del gruppo è simile *all'alleanza terapeutica*, che si instaura tra il singolo cliente ed il terapeuta, e per alcune persone può risultare più semplice ricorrere ad un aiuto di gruppo, rispetto alle sedute individuali.

Il counseling come supporto alla pratica medica

La rivoluzione promossa da Carl Rogers ha anticipato quello che poi è avvenuto in medicina nel rapporto medico-paziente. Negli ultimi anni, infatti, si è passati da una visione paternalistica, secondo cui il medico è l'unico esperto, e il paziente deve seguire le cure prescritte, ad una visione più paritaria, che presuppone un **empowerment del cliente** o utente (e non è un caso il cambio di terminologia). Il cliente, infatti, tende sempre di più ad informarsi sulla propria condizione, mediante gli strumenti che ha a disposizione: un tempo in ogni casa era presente una enciclopedia medica, oggi ai mass media (televisione e giornali) si è affiancato internet, che ha moltiplicato le fonti di informazione.

Questo comporta anche dei rischi, legati **all'attendibilità di tali fonti.** Infatti l'informazione medica, che in passato era esclusivamente verticale (dal medico al paziente), è diventata orizzontale (tra pari, da cliente a cliente), con il risultato di fornire dati non sempre veritieri, talora manipolati per puro interesse commerciale, al fine di accaparrarsi una clientela o vendere dei prodotti. Per questo si è sentita l'esigenza di regolamentare questo panorama così variegato, in cui accanto alle fonti ufficiali ed autorevoli (ad esempio siti di università, ospedali, Organizzazione Mondiale della Sanità), si affiancavano siti di dubbio rigore scientifico. E' stato quindi creato un organismo internazionale, che fornisce una certificazione, chiamata **HonCode**, che attesta l'attendibilità dell'informazione medica.

Il primo sito in Italia per l'informazione medica è **Medicitalia.it**, che fornisce consulenze gratuite online, tramite medici e psicologi. Ogni mese circa tre milioni di persone visitano il sito, alla ricerca di informazioni sulla propria salute. Il significato di questo fenomeno emerge chiaramente dai dati di un recente sondaggio, condotto attraverso Medicitalia. Il popolo di internet sa bene che la consulenza online non sostituisce la visita medica (come chiaramente indicato, in conformità con le regole HonCode), ciò non di meno, ricerca informazioni per affrontare in modo consapevole la propria condizione. Molti cercano semplicemente un **punto di ascolto**, poter esprimere un proprio disagio di fronte alla malattia, o semplicemente avere una rassicurazione (infatti, una frase comune è "posso stare tranquillo?").

Questo è un fenomeno che la medicina ufficiale non può permettersi di ignorare, se non vuole esserne travolta. I ritmi della sanità pubblica non sono favorevoli all'ascolto e all'empatia: spesso le visite mediche sono distanziate tra loro di soli 15-20 minuti (o addirittura meno), c'è solo il tempo per esporre frettolosamente i propri sintomi e per ricevere la relativa terapia, ma non c'è spazio per l'ascolto, e quindi viene meno l'empatia. Il paziente può quindi percepire che il suo disturbo non è stato preso in debita considerazione, e se le cose vanno male (non sempre per malasanità, più spesso per la natura delle cose) la reazione può essere particolarmente violenta, e comportare un attacco di tipo legale, come espressione di una rabbia, ormai fuori controllo. Ecco che la medicina si ritrova a dover diventare difensiva: si prescrivono montagne di esami inutili (con costi esorbitanti per un sistema già messo a dura prova dalla crisi), per la paura di essere denunciati. Gli esperti del rapporto medico-paziente indicano che la strada è un'altra: recuperare questo rapporto tramite l'ascolto empatico, non negare l'empowerment del cliente e anzi favorirlo. Molti, infatti, apprezzano di avere a disposizione materiale informativo con un taglio divulgativo e non troppo tecnico, e di poter così partecipare in modo consapevole alle scelte relative alla propria salute.

Purtroppo le possibilità di **formazione in ambito medico** sull'ascolto empatico sono poche, sia durante il percorso universitario, che dopo la laurea. I testi in italiano disponibili non sono molti, e la chiusura linguistica tipica del nostro paese fanno sì che i numerosi libri in inglese sull'argomento non siano fruibili da tutta la classe medica (infatti, il requisito di ammissione al corso di laurea è un livello di inglese pre-intermedio).

Sarebbe invece importante per il medico poter affiancare al counseling tecnico di tipo scientifico il counseling centrato sulla persona. Questo richiama le esperienze, che riguardano la **medicina complementare ed alternativa**, che per sua natura considera l'individuo come un unicum, dove mente e corpo non sono scindibili (da qui il termine "medicine olistiche"). Infatti, se pensiamo che esiste una Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona (ONLUS fondata da un medico omeopata, il dr Paolo Roberti di Sarsina), nasce spontaneo trovare un parallelismo rispetto all'approccio promosso da Carl Rogers. Chiediamoci chi è la persona che è dietro la malattia, come la vive, cosa significa per lei ad un livello più profondo. Quali sono le sue paure e qual è il bagaglio di esperienze, aspettative e timori che si porta dietro. Questo è particolarmente importante quando ci confrontiamo con le malattie croniche, cioè con quel malato che sa che non potrà guarire. E' proprio questo il caso in cui è fondamentale che egli attinga e faccia emergere le sue risorse, per accettare e vivere al meglio la sua condizione.

Ecco che ritroviamo il concetto di **coping**, un termine che deriva dal verbo inglese *to cope*, che significa essere in grado di fronteggiare una situazione avversa. Le strategie del coping possono variare da persona a persona, ma in generale rappresentano quegli sforzi cognitivi e comportamentali, indirizzati a gestire specifiche situazioni interiori o esterne, percepite come stressanti. Il coper efficace è colui, che reagisce alle sfide della vita, prendendosi la responsabilità di trovare una soluzione ai suoi problemi. Egli è in grado di valutare la situazione, richiedere ed ottenere aiuto e sostegno dagli altri, ed elaborare un piano di azione, che sia il più possibile vantaggioso per lui. Il buon coper considera i problemi come occasioni di crescita personale, e li affronta con speranza, pazienza e senso dell'umorismo. Questo processo arricchisce la sua autostima e favorisce il suo benessere e la salute fisica e mentale. Il buon coper riesce, quindi, ad attingere ed alimentare il suo potere personale e a realizzare la sua tendenza attualizzante.

Il coping è un concetto diverso dal meccanismo di difesa, che è controproducente, nel momento in cui comporta la negazione o l'evitamento della situazione stressante, o nei casi più estremi l'abuso di sostanze e alcool. Questo si accompagna a bassa autostima, e può sfociare in disturbi di tipo ansioso o depressivo, ed in alcuni casi può portare a disordini della personalità.

Al contrario, l'approccio centrato sulla persona, favorendo il contatto con le proprie emozioni, è in grado di aiutare il soggetto ad attingere alle proprie risorse di coping, e a reagire in modo funzionale allo stress ("emotion-focused coping").

Vediamo nel proseguo le problematiche psicologiche, associate ad una malattia cronica, quale è l'endometriosi, quali sono le strategie di coping messe in atto dalle persone affette, e quale potrebbe essere il ruolo di un intervento tramite l'approccio centrato sulla persona.

Il disagio psicologico nell’endometriosi

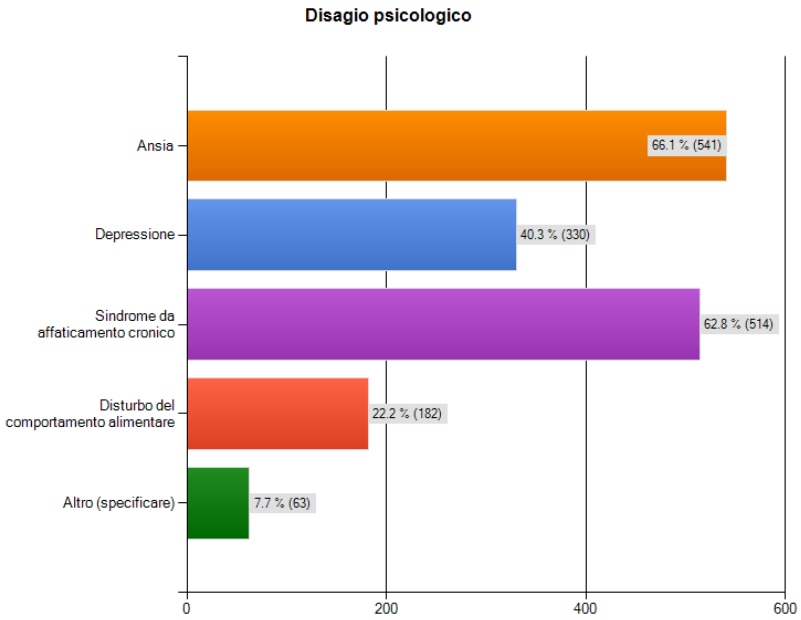
L’endometriosi è una patologia caratterizzata dalla presenza di endometrio (la mucosa che riveste la parete interna dell’utero) in sede anomala. Gli organi più frequentemente colpiti sono ovaie, tube, utero, ma anche vescica, intestino e peritoneo pelvico. L’endometriosi colpisce il 10-15% delle donne in età fertile, è una patologia in molti casi cronica e potenzialmente invalidante, come riconosciuto dall’INPS in una delibera del luglio 2012. Negli ultimi anni ci sono state diverse campagne di informazione e di sensibilizzazione, promosse dal Ministero per la Salute. Infatti, l’endometriosi è una patologia che ha un costo sanitario e sociale rilevante, in termini di ore di lavoro perse, di spese sanitarie e per il supporto della famiglia.

Le problematiche che la malattia pone sono essenzialmente due: il dolore pelvico (dismenorrea, dispareunia, dolore pelvico cronico), che si somma al dolore delle patologie associate (quale ad esempio il colon irritabile), e l’infertilità, che colpisce fino al 50% delle pazienti. Le terapie della medicina convenzionale non riescono in tutti i casi a migliorare tali sintomi, e sono gravate da effetti collaterali più o meno rilevanti.

Nelle casistiche di letteratura la percentuale di sintomi di disagio psicologico, associati alla malattia, supera l’80%, in termini di sintomi di ansia o depressione dai casi più lievi a quelli più importanti (Sepulcri et al. 2009).

Recentemente abbiamo condotto uno studio, nell’ambito del Master di I Livello in Medicina Naturale ad indirizzo Fitoterapia dell’Università degli Studi di Firenze. Abbiamo elaborato un **questionario online** su vari aspetti della malattia, e sull’uso delle medicine complementari ed alternative da parte delle pazienti affette da endometriosi. L’indagine è stata condotta dall’ottobre al dicembre 2012 mediante la collaborazione con due ONLUS, Associazione Progetto Endometriosi e CiaoLapo (impegnata nel supporto psicologico dopo la perdita in gravidanza o dopo il parto), e tramite il sito Medicitalia.it.

Riguardo agli **aspetti psicologici legati alla malattia**, emergono i seguenti dati: 1074 persone hanno completato il questionario, di queste 819 (76%) riferiscono uno o più sintomi di disagio psicologico, che nel 66,1% dei casi consiste in un disturbo ansioso, nel 40,3% dei casi in sintomi di tipo depressivo, nel 62,8% sindrome da affaticamento cronico, nel 22,2% disturbo del comportamento alimentare, nel 7,7% altro disagio psicologico.



I soggetti avevano a disposizione uno spazio aperto per inserire un loro commento, e le testimonianze che ci arrivano sono molto profonde e significative.

Emerge il *senso di sconforto*, legato alla malattia: “al sentire l'argomento piango subito”.

Una utente lamenta un calo della libido, a causa della dispaurenia (“ogni volta è un trauma”), *il rapporto sessuale* perde quindi la connotazione della gioia dell’unione con il compagno e diventa fonte di ansia. Un’altra infatti dice “provo ansia nel gestire i rapporti sessuali con il mio partner”. In altri casi, la malattia investe la *relazione di coppia* su più ambiti: “Provo difficoltà al rapportarmi col partner data la mia difficoltà nei rapporti intimi”.

Ci si interroga su cosa porterà il futuro, soprattutto in relazione alla *possibilità di avere figli*: “quando non sapevo della malattia, non avevo pensato di avere figli. Da quando lo so io, l’ho pensato molto, ma la persona con cui ho una relazione non vuole e adesso pensa che potrei avere bambini non normali; e mi trovo nel pensiero se per cercare bambini cosa devo fare, e se comunque non potrò averne cosa farò?”; un’altra riferisce “provo a volte un senso di affaticamento, un disagio psicologico (anche se non vera e propria depressione, è più "paura"), paura di non riuscire ad avere figli”.

La paura è un tema ricorrente: “lievi attacchi di panico notturno, poca fiducia nel sistema sanitario e grossa paura dei dottori, paura che dentro avanza ancora roba (anche se in teoria non c'è più nulla), difficoltà a concentrarsi, difficoltà a dormire....paura paura e terrore!”; “rabbia iniziale ed una smisurata paura a non poter avere mai figli visto che il primo è arrivato dopo 8 anni di ogni possibile tentativo!”.

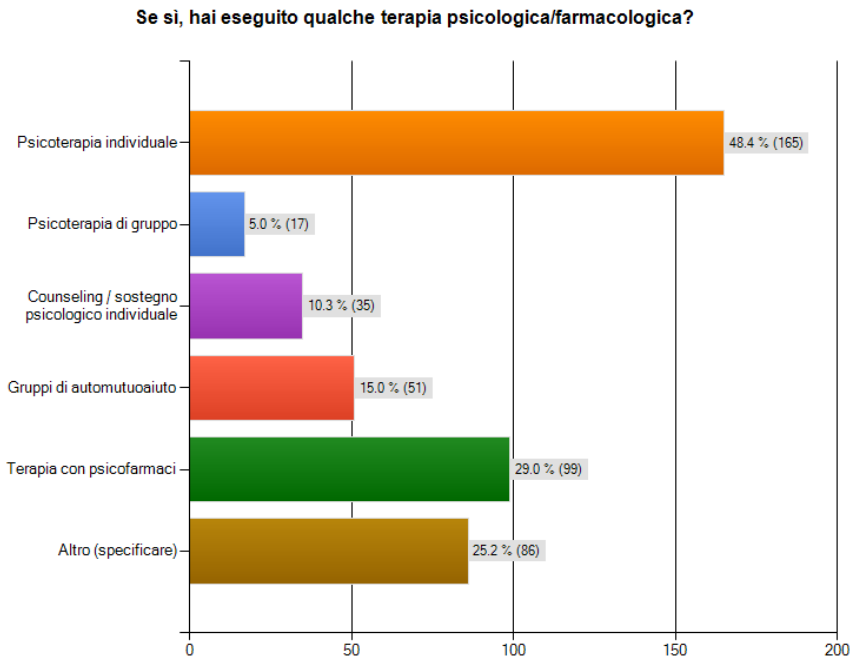
Viene lamentato un *senso di inadeguatezza* legato alla malattia e una difficoltà nel gestire i *rapporti sociali*: “complesso di inferiorità, inadeguatezza”; “All'inizio senso di "incompletezza", di non essere una donna.”; “SI VIVE MALE,CON LA PAURA PER 10 GIORNI AL MESE DI NON SODDISFARE LE ASPETTATIVE SOCIO LAVORATIVE”; “disadattamento sociale dovuto alla mancanza di comprensione e conoscenza della malattia da parte degli altri.”

In particolare alcune utenti lamentano *di non essere ascoltate né capite* nel loro disagio, come se la malattia fosse uno stato immaginario: “il disagio più grande è stato passare quasi 20 anni a dire che stavo male e nessuno mi credeva e intanto stavo sempre peggio e in questi anni ho passato l’inferno”. Un’altra utente sintetizza così: “sconforto, incomprensione, la lotta quotidiana all'ignoranza!!!!!”. In alcuni casi ci si lamenta anche di essere tenuti in *scarsa considerazione dal proprio medico*: “nessun aiuto e nessuna comprensione, i medici sconoscono l'argomento, anche alcuni ginecologi! Minimizzano tutto… non ho mai preso mutua ma sempre ferie e recuperi ore, perché altrimenti discussioni inutili...”.

Un soggetto esprime rabbia, per una *diagnosi* arrivata tardivamente: “rabbia, perché i medici non hanno capito subito il problema e mi curavano per i dolori come se fosse appendicite e poi calcoli renali”. L’importanza di dare un nome alla malattia ed avere una diagnosi viene ribadita da diverse testimonianze: “finalmente ho avuto la risposta che cercavo da anni, prima mi consideravano quasi matta, ovvero che mi inventavo il fatto di stare male.”; “Il disagio lo provavo prima della diagnosi: nessuno mi spiegava quale fosse il problema e ritenevo che i miei dolori fossero da ricercare in problemi psicologici.”; “finalmente dopo anni ho capito cosa avevo, visto che tutti mi dicevano che avevo solo la cistite e che ero pazza.”; “all'inizio si mi sentivo diversa dalle altre donne ma "felice" perché finalmente dopo 9 anni i miei disturbi hanno avuto un nome.”; “dopo 6 anni di visite specialistiche da ogni parte senza alcuna diagnosi, quando mi è stata diagnosticata l'endometriosi sono stata finalmente sollevata di sapere che malattia avessi. Con l'intervento ho risolto il problema e sono tornata ad una vita normale e ora sono serena. Il disagio psicologico forte, un po’ di depressione l'ho avuta nei sei anni precedenti alla diagnosi”; “Ero più depressa prima perché nessuno capiva perché stavo male, dopo è stata una liberazione”.

Altri temi significativi sono la *difficoltà nell’accettazione di sé ed il bisogno di ascolto* su un piano, che tocchi le emozioni più profonde: “provo un senso di confusione, e difficoltà nell'accettarmi e volermi bene”; “sono molto preoccupata per la mia fertilità, spesso mi sento in ansia e faccio fatica a confrontarmi sul lato emotivo della malattia con chi mi sta intorno, anche se parlo facilmente della mia malattia.”

Di questi 819 soggetti, 341 (41,6%) ricercano **un supporto specifico**, che nel 48,4% dei casi è la psicoterapia individuale, nel 5% la psicoterapia di gruppo, nel 10,3% il counseling, nel 15% i gruppi di automutuoaiuto, nel 29% la terapia con psicofarmaci, nel 25% altri tipi di terapie.



Anche in questo caso, è stata lasciato uno spazio, in cui le utenti potevano inserire un loro commento.

Emerge chiaramente che, chi non si rivolge alla psicoterapia, trova un conforto nella *condivisione dei vari aspetti legati alla malattia* nell'ambito dell'APE (Associazione Progetto Endometriosi), che mette a disposizione un forum online: "la mia terapia é seguire l'associazione APE, anche se da lontano visto che abito in Francia. Ma mi aiuta sentirle vicine anche solo via internet. Le altre ammalate sono le uniche a capire"; "purtroppo non ho nessun supporto, se non leggere su internet altre esperienze"; "Ho cercato di informarmi leggendo e partecipando agli incontri dell'associazione sull'endometriosi che mi hanno aiutato nel mio percorso per convivere meglio con la malattia"; "sto meglio grazie al sostegno di altre ragazze con lo stesso problema"; "EVVIVA L'APE!!". Qui emerge il *ruolo terapeutico dello stare in gruppo*, trovare persone con cui condividere emozioni e stati d'animo è una efficace strategia di coping, come anche affermato dall'approccio centrato sulla persona.

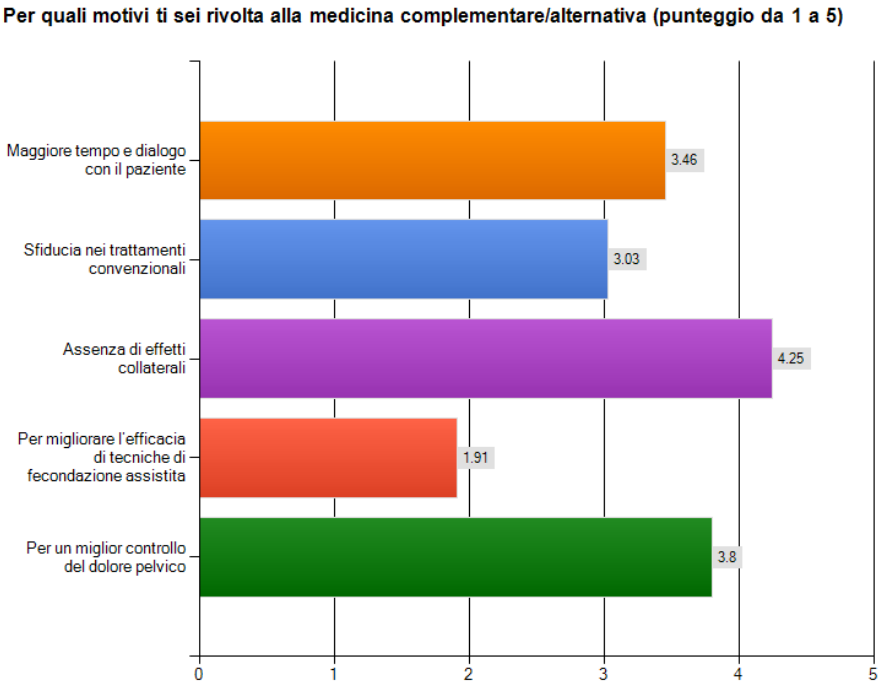
Alcune cercano il *supporto dei familiari*: "mi ha aiutato la mia famiglia". Altre si rifugiano nella *spiritualità*: "buddismo: per cui ricercare il motivo per cui la malattia mi aggredisce in questo modo così forte, ok che è una malattia congenita però il modo in cui cresce e si sviluppa penso dipenda da noi, per cui trovare delle risposte dentro di me mi ha aiutato molto, tanto da riuscire ad avere un bambino che ha 6 mesi e in modo naturale".

Altre ancora praticano il "*pensiero positivo*" o cercano la risposta *nell'autostima e nella cura di sè*: "non serve tutto ciò, basta solo comprensione, aiuto economico, morale, e soprattutto riconoscimento della malattia e non sottovalutarla perchè tanto non si muore!!!!"; "terapia con Fiori di Bach, tisane, date dalla psicologa e ...volersi tanto bene e fare ciò che mi fa stare bene nel tempo libero".

Emerge infine il ruolo terapeutico *dell'accettazione di sé e della malattia*, un concetto centrale nell'approccio centrato sulla persona: "momenti di sconforto, superati grazie a chi mi è vicino ed

all'accettazione della malattia"; "beh un po' ci ho sofferto, per il fatto che non avrò mai figli biologici! ma mio marito e la mia famiglia mi hanno aiutato molto e ne sono uscita!".

Il 27,1% dei soggetti che hanno risposto al questionario utilizza o ha utilizzato i rimedi della **medicina complementare ed alternativa** come cura per l'endometriosi, e di questi il 53% ha iniziato ad usarli dopo la diagnosi di malattia. Abbiamo indagato i motivi per cui ci si rivolge alle medicine alternative, chiedendo di attribuire un punteggio da 1 a 5 alle varie opzioni. Troviamo al primo posto l'assenza di effetti collaterali (punteggio medio 4,25), al secondo posto il controllo del dolore pelvico (e quindi dei sintomi della malattia, media 3,8), al terzo posto il maggior tempo di dialogo con il paziente (media 3,46), seguono la sfiducia nella medicina ufficiale (media 3,03) ed il miglioramento dell'efficacia delle tecniche di fecondazione assistita (media 1,91).



Alcune testimonianze che emergono appaiono particolarmente significative: "il tempo utile d'effetto di questo sistema alternativo è maggiore, ma ripaga di gran lunga rispetto ai medicinali. *La medicina fa fatica a considerare l'essere umano come tale.* Fa tante prove, errando e non chiedendo scusa. Lo stare bene con se stessi è la terapia principale!"; "*La presa in considerazione del corpo nella sua globalità', non settoriale*"; "la maggior fiducia nel *rimedio tagliato sulla persona*"; "la convinzione che nel tempo la medicina alternativa garantisce una maggiore armonia delle funzioni corporee"; "Per l'approccio di "interezza" che viene utilizzato, perché la medicina convenzionale tende a trattare i sintomi, mentre con la medicina alternativa si può agire su livelli più sottili e *sulla persona nel suo complesso*".

Questo dato conferma e rende esplicito il bisogno di questi soggetti di trovare uno *spazio di ascolto*, e che questo bisogno viene accolto tramite un approccio medico di tipo olistico. Le medicine complementari, infatti, sono avvantaggiate in questo aspetto per due motivi: il primo, come già discusso, che per natura esse considerano mente e corpo come unità inscindibili, il secondo è che vengono per lo più praticate nel privato, e quindi non sono costrette dai tempi di una sanità

pubblica, che, in molti casi, per contenere i costi e migliorare la produttività sacrifica l'operatore sanitario e gli spazi disponibili per il paziente.

Conclusioni

In conclusione, un'elevata percentuale di soggetti affetti da endometriosi presenta sintomi di disagio psicologico, ma solo nel 40% dei casi ricorre ad un supporto specialistico. Il counseling centrato sulla persona potrebbe essere un efficace strumento di aiuto, in quanto le utenti riferiscono il bisogno di essere ascoltate in modo empatico, accolte e capite, ma soprattutto di accettare sé stesse, con tutto quello che la malattia comporta. In particolare, un approccio che coinvolga gruppi di automutuoaiuto, con un facilitatore di formazione rogersiana, potrebbe essere particolarmente gradito alle clienti, che ricercano un supporto tra pari.

Bibliografia

http://en.wikipedia.org/wiki/Coping_(psychology)

http://www.medicinacentratasullapersona.org/

http://www.medicitalia.it

http://www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaInternaMenuSaluteDonna.jsp?id=759&menu=sessuale

Rogers, C.R. (1951) Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory. Ed Robinson

Sepulcri, Rde P, do Amaral, V.F. (2009) Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 142(1):53-6.

Van Dalen, J, Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2004) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Publishing Ltd.

Woods, D. (2004) Communication for doctors – How to improve patient care and minimize legal risks. Radcliffe Publishing Ltd