

INDICE

Introduzione.....	3
PRIMO CAPITOLO	
Endometriosi, aspetti psicodinamici e clinici.....	5
Fisiopatologia dell'endometriosi: Definizione.....	5
Frequenza, eziopatogenesi e sintomatologia	7
La diagnosi.....	9
Le terapie	10
Endometriosi: un discorso tra soma e psiche.....	11
Stato dell'arte della letteratura scientifica degli studi psicologici sull'endometriosi.....	14
I percorsi della femminilità.....	18
Tracce identitarie in adolescenza: il filo rosso di un nuovo corpo.....	28
Diventare madre: un processo di definizione dell'identità femminile?	31
Maternità: desiderio o bisogno?.....	35
Rappresentazioni del femminile nella società moderna.....	38
Soluzioni ai desideri mancati: procreazione medicalmente assistita.....	44
Endometriosi: una patologia psicosomatica?	47
Intervento multidisciplinare: un esempio	51
SECONDO CAPITOLO	
Studio I: il funzionamento psichico in donne affette da endometriosi.....	54
Premessa e obiettivi	54
Metodologia.....	55
Partecipanti	55
Strumenti	56
Risultati.....	61
Indici spoglio al test di Rorschach	61
Profilo: organizzazione cognitiva e affettiva	74
Tematiche comuni e difese emerse dai colloqui	78
Conclusioni e riflessioni: Possibili approcci di intervento.....	90

TERZO CAPITOLO

Studio II: La discrepanza del Sé in donne affette da endometriosi.....	93
Premessa	93
Obiettivo.....	93
Ipotesi	93
Costrutto di Discrepanza del sé: Self discrepancy Teory, T. E. Higgins, 1987.....	94
Tipi di discrepanza del sé e qualità del disagio.....	97
Ipotesi generali sulla Self Discrepancy Theory.....	99
Stato dell'arte della letteratura scientifica degli studi psicologici sulla discrepanza del Sé	102
Metodologia.....	104
Partecipanti.....	104
Strumenti.....	106
Procedure.....	110
Risultati.....	112
Conclusioni e riflessioni.....	124
Possibili ricadute sul piano dell'intervento.....	131
Limiti metodologici e ricerche future.....	132
Bibliografia.....	133

Introduzione

Per introdurre l'argomento trattato nella tesi, mi sembra opportuno partire dalla spiegazione del titolo scelto: *“Le problematiche identitarie in donne affette da endometriosi”*.

In che senso intendiamo il costrutto d'identità (concetto “psi” per eccellenza) e perché definirla problematica nel momento in cui l'accostiamo ad una dimensione strettamente somatica come l'endometriosi?

Nel momento in cui si affronta una riflessione sul corpo (sano o malato), diviene necessario riflettere sulle questioni ontogenetiche del soggetto come entità psichica e, al contempo, biologica. Se si considerasse il corpo unicamente come entità isolata, rischieremmo di averne una visione parcellizzata, poiché esso è impregnato, costituito e connotato da dinamiche emotive, relazionali di un individuo.

La problematica dell'identità lascia trasparire la coincidenza della dimensione psichica con quella biologica, l'unicità di ogni essere umano si basa infatti su un'identità di fondo impossibile da cogliere se non si riconosce l'integrazione che caratterizza lo psiche-soma.

Una prospettiva circolare della personalità, diviene ancor più importante nel momento in cui una malattia cronica, come l'endometriosi, attacca una parte del corpo, l'apparato genitale femminile, che riveste un'importanza fondamentale nella rappresentazione psichica di una donna rispetto alla sua appartenenza biologica, di genere, culturale e trans-generazionale.

Il presente studio nasce dalla collaborazione con il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale ARNAS Civico di Palermo, che, nel 2007 ha rivolto alle donne affette da endometriosi, afferenti alla struttura, un piano d'intervento multidisciplinare volto alla promozione della qualità della vita, che comprendesse un contributo psicologico sia sul piano clinico che di ricerca.

In seguito all'incontro con le pazienti ed alla conoscenza della malattia, nelle sua complessità, sono sorte le prime curiosità.

Le questioni che mi sono posta, in un primo momento, sono state ad ampio raggio come: una malattia cronica che investe l'apparato genitale femminile e la sua funzionalità ha una ricaduta sul benessere psichico di una donna? Che ne sarà del

processo identitario quando la dimensione biologica femminile diventa “malattia”? Quali ripercussioni può avere la persona rispetto alla rappresentazione di sé come donna? Quali le possibili ridefinizioni e soluzioni adattive?

Vi è sempre una ricaduta sul benessere psicologico o questa può essere contrastata da altri fattori?

Dalle suddette questioni generali, il lavoro si articola in due studi.

Il primo, prevalentemente clinico si occupa di approfondire il funzionamento psichico di donne affette da endometriosi attraverso colloqui e Test di Rorschach, con particolare attenzione a: stile di pensiero; organizzazione dell'affettività, dell'angoscia e delle difese, proiezione dell'immagine del corpo e rappresentazione dell'identità corporea.

A partire da questo primo studio è emerso un funzionamento mentale contraddistinto dal sovrainvestimento della sfera somatica da una depauperazione della dimensione emotiva.

Conseguentemente, nel secondo studio, abbiamo approfondito la dimensione rappresentazionale del Sé. Dopo aver costruito degli indici per la rappresentazione delle due sfere del Sé femminile che chiameremo: “materno” e “seduttivo”, abbiamo proposto un modello statistico per valutare se la discrepanza del Sé (ideale, normativo e non desiderato) abbia un effetto di moderazione sulla relazione tra endometriosi e stato depressivo della donna. Allo studio hanno partecipato donne affette da endometriosi, da altre patologie ginecologiche e donne sane, al fine di evidenziare eventuali differenze tra i gruppi.

PRIMO CAPITOLO
ENDOMETRIOSI, ASPETTI PSICODINAMICI E CLINICI

Fisiopatologia dell'endometriosi: definizione

L'Endometriosi è una malattia ginecologica non tumorale, seconda per frequenza soltanto al fibroma uterino, consistente in un disordine ormonale e del sistema immunitario per cui tessuto simile a quello endometriale, viene a collocarsi al di fuori dell'utero (endometrio ectopico), tipicamente nella cavità addominale, molto più raramente in altre sedi.

Nonostante sia nota da più di un secolo, ancora oggi il termine endometriosi risulta essere pressoché sconosciuto in un'ampia percentuale di casi. Pur essendo una malattia benigna, si tratta di una malattia cronica, progressiva, caratterizzata da una sintomatologia spesso dolorosa e ingravescente.

Il tessuto endometriale fisiologicamente riveste la parete interna dell'utero, nel caso dell'endometriosi si sposta e viene a trovarsi in zone adiacenti coinvolgendo principalmente ovaie, tube, utero, retto, vagina; più raramente focolai di endometriosi possono essere riscontrati anche a livello di ombelico, arti, polmoni (in questo caso si parla di endometriosi extrapelvica).

Il tessuto endometriale ectopico ovvero “fuori sede”, subisce gli stessi influssi ormonali del tessuto eutopico (il tessuto endometriale che riveste la cavità dell'utero), per cui mensilmente, in occasione del ciclo mestruale, risponde allo stimolo ormonale degli estrogeni proliferando e andando incontro a sanguinamento. Ciò provoca un'emorragia che, non potendo defluire all'esterno come la normale mestruazione, causa uno stato di infiammazione cronica dei tessuti e degli organi limitrofi diventando causa di lesioni e aderenze che irrigidiscono questi ultimi. Ciò può alterare la funzionalità degli organi coinvolti e determinare sintomi tipici come dolori renali, dolori durante la defecazione o la minzione. Gli effetti più evidenti di tale processo infiammatorio si ripercuotono sugli organi genitali i quali subiscono danni importanti sia a livello strutturale che a livello funzionale. La sterilità che spesso si associa all'endometriosi è dovuta proprio a questo processo degenerativo che colpisce gli organi sessuali interni.

A causa di queste infiammazioni vengono rilasciati fattori biochimici particolari che influenzano l'ovulazione e la fecondazione degli ovuli. Vengono a crearsi delle aderenze che, coinvolgendo tube e ovaie, non consentono agli ovuli di essere correttamente accolti nelle tube. La malattia interferisce comunque in diversi modi sulla fertilità della donna. Può accadere che i focolai dell'endometrio, venendo riconosciuti come estranei dall'organismo, provochino nell'organismo stesso una reazione di difesa che impedisce l'annidamento dell'embrione nell'utero. Anche una forma particolare di endometriosi, la cosiddetta "adenomiosi" della muscolatura uterina, può disturbare l'annidamento dell'ovulo fecondato. Infine, in caso di malattia avanzata, i rapporti sessuali possono essere molto dolorosi e quindi diventare praticamente impossibili. L'esordio precoce della malattia, la gravità e la complessità dei sintomi, unitamente ai frequenti ritardi nella diagnosi rappresentano fattori causali ulteriori della sterilità nella paziente con endometriosi (Ballweg, 2003).

Negli ultimi anni la consapevolezza che l'endometriosi comporti una considerevole compromissione della Qualità della Vita, ha portato all'emergere di un movimento scientifico e socio-politico finalizzato ad ottenere l'inclusione dell'endometriosi tra le malattie di interesse sociale. I temi critici emersi da recenti studi (Kennedy 2004, Scafidi Fonti 2005, 2007, 2008) riguardano: l'infertilità, l'impossibilità di dimenticare la propria condizione, la frustrazione di fronte alla prospettiva di non migliorare, la sensazione di aver perduto la propria vitalità, la sensazione di non essere comprese nell'ambiente familiare né in quello lavorativo, il senso di impotenza di fronte all'imprevedibilità dei sintomi, l'incertezza rispetto al futuro.

Frequenza, eziopatogenesi e sintomatologia

Il meccanismo patogenetico, nonostante sia una delle patologie più studiate in campo ginecologico, non è ancora definito. L'impossibilità di spiegare tutti gli aspetti della malattia in base ad una sola teoria induce a supporre una eziologia multifattoriale. Si ritiene che l'insorgenza della malattia possa dipendere da una serie complessa di eventi che implicano una predisposizione genetica, anomalie del sistema immunitario, fattori anatomici ed anche interferenze ambientali.

Nonostante il numero esatto di donne affette dalla malattia sia sconosciuto, tuttavia si pensa che affligga il 12% di donne in età riproduttiva di diverse etnie o estrazioni sociali (Bohler et Al., 2007). L'ONU ha stimato che in Europa ne sono affette circa 14 milioni di donne, europee di cui circa 3 milioni sono italiane e ciò comporta costi economici e sociali considerevoli.

Probabilmente una percentuale considerevole di donne affette da endometriosi non ha ancora ricevuto tale diagnosi. Il frequente ritardo nella diagnosi può essere dovuto ad alcuni fattori, come l'esistenza di forme di endometriosi asintomatiche e la somiglianza tra il quadro sintomatico di tale patologia con quello di altre malattie ginecologiche (Maiorana, 2007).

Negli ultimi due decenni si è assistito a un incremento della diffusione della malattia, dato che può rivelarsi reale ma che potrebbe dipendere dalla maggiore informazione in ambito medico- scientifico su tale patologia e non da un reale aumento di casi.

Nonostante vi sia prova di casi di endometriosi diagnosticati per la prima volta già nel 1690, le cause di tale malattia sono ancora conosciute solo in parte. L'ipotesi più accreditata sembra essere quella della cosiddetta mestruazione retrograda secondo cui piccole parti di tessuto endometriale si muovono in senso inverso nelle tube per poi impiantarsi nell'addome. La teoria metastatica invece spiegherebbe la disseminazione di cellule endometriali anche in sedi lontane dall'addome trasportate dal sistema linfatico o sanguigno. Un'altra ipotesi eziologica spiega l'origine dei focolai di endometriosi come residui di tessuto embrionale.

Sono stati chiamati in causa anche fattori di tipo genetico, soprattutto anomalie a carico del sistema immunitario, o fattori di tipo ambientale.

La gravità della sintomatologia può variare molto, da lieve/assente fino ad una condizione dolorosa altamente debilitante, causa di un severo stress emotivo. Nel 20-25% dei casi l'endometriosi è asintomatica e viene diagnosticata casualmente durante un intervento di laparoscopia, eseguito nella maggior parte dei casi per sterilità.

Il quadro sintomatico dell'endometriosi può presentarsi estremamente variabile ed eterogeneo, generalmente è caratterizzato dalla presenza di: dolore pelvico cronico, dismenorrea secondaria, dispareunia, menorragie, sterilità/infertilità (nel 30-40% dei casi).

In base alla tipologia e alla gravità dei sintomi sono stati individuati quattro livelli di evoluzione della malattia. Non sempre però la quantità o la qualità di tali sintomi è indicativa della progressione del quadro morboso. Dietro una sintomatologia silente infatti può celarsi una malattia in stato avanzato; viceversa la presenza di sintomi ingravescenti e invalidanti può nascondere un'endometriosi di lieve entità. L'endometriosi spesso provoca disturbi inizialmente modesti, poi progressivamente più frequenti ed a volte intollerabili. Questi sono correlati quasi sempre a una sintomatologia dolorosa che può assumere l'aspetto di dolori cronici, ciclici oppure persistenti, nella zona del basso ventre.

Il dolore è infatti il sintomo in assoluto più frequente nell'endometriosi e può raggiungere livelli di intensità tali da risultare fortemente invalidante. Esso si presenta soprattutto durante il ciclo mestruale o durante l'ovulazione, durante il rapporto sessuale (dispareunia) ed interessare la vescica e il retto (dolore alla minzione e alla defecazione). In una discreta percentuale di casi però la malattia può rivelarsi del tutto asintomatica. La diagnosi di endometriosi in questi casi può giungere in seguito a un consulto medico per problemi di infertilità. Oltre alla sintomatologia dolorosa, molte donne lamentano anche una sensazione di malessere generale come disturbi addominali diffusi, senso di pesantezza, mancanza di forza, stanchezza cronica e sbalzi dell'umore che interferiscono sensibilmente sulle condizioni generali di salute.

La sintomatologia può compromettere la vita sessuale, sociale e lavorativa della donna. Al presente non esiste terapia risolutiva. I farmaci e la terapia chirurgica possono far regredire temporaneamente la malattia o attenuare la sintomatologia ma dopo ogni trattamento la malattia può ripresentarsi.

La diagnosi

I sintomi riferiti dalla paziente in sede di anamnesi rappresentano la prima fonte di informazioni che possono orientare il medico verso un'ipotesi diagnostica di endometriosi. In questo senso l'ascolto della paziente al momento del colloquio clinico è di importanza fondamentale per giungere a una diagnosi corretta e in tempi brevi. La visita ginecologica, insieme all'esame ecografico (o in alcuni casi alla risonanza magnetica) forniscono indicazioni importanti ai fini della diagnosi di endometriosi. I dosaggi dei marcatori nel sangue (per esempio i livelli del CA125) possono essere di aiuto, ma non sufficientemente specifici. La presenza effettiva della malattia può essere confermata solo attraverso l'esame laparoscopico.

Si è stimato che occorrono dai 7 ai 9 anni per riscontrare l'eventuale presenza di endometriosi (Alio 2006). Da uno studio condotto su 4 mila donne affette da endometriosi, è emerso che il 47% di queste ha fatto ricorso al consulto di cinque o più medici, prima di ricevere la diagnosi corretta (Ballweg, 2003).

Vi sono diversi fattori che possono tardare i tempi di tale diagnosi; tra questi l'esistenza di casi asintomatici, la comparsa tardiva della sintomatologia, o la somiglianza di alcuni sintomi riscontrabili nell'endometriosi con quelli tipici di altre patologie, ginecologiche o di diverso tipo (Maiorana 2007). Alcuni malesseri tipici dell'endometriosi, ad esempio, vengono molto spesso associati ad una diagnosi di "colon irritabile", ma in presenza di endometriosi la sintomatologia presenta un andamento ciclico, legato appunto alle fasi ormonali del periodo mestruale. I frequenti casi di diagnosi tardiva possono dipendere anche dalla scarsa informazione che ancora oggi circola tra i medici su tale quadro morboso.

L'eccessivo lasso di tempo che intercorre tra l'effettiva comparsa della malattia e la sua diagnosi comporta una serie di conseguenze sia sul piano fisico che sul piano psichico. Se non diagnosticata in tempo, il progredire della malattia può causare sugli organi coinvolti nella malattia, seri danni sia a livello anatomico che funzionale, con particolare riferimento agli organi genitali. Inoltre intervenire in uno stadio di malattia avanzato a volte può compromettere l'efficacia di eventuali terapie. Sul piano psicologico, il persistere di una sintomatologia invalidante senza la possibilità di attribuirvi una causa, può essere fonte di frustrazione per la paziente.

Le terapie

Come già sottolineato in precedenza, l'endometriosi è una malattia cronica. Non esistono a tutt'oggi terapie risolutive in grado di estirpare definitivamente la malattia. Ogni programma terapeutico deve essere ponderato e accuratamente definito a seconda della specificità del caso (entità delle lesioni, età della paziente, gravità dei sintomi, desiderio di una gravidanza...). L'obiettivo comunque è di ridurre per quanto possibile le ripercussioni della malattia sull'equilibrio psicofisico personale, migliorando la Qualità della vita. La terapia dell'endometriosi si propone vari scopi: la risoluzione del dolore, l'enucleazione o distruzione delle lesioni e il trattamento dell'infertilità, cercando il più possibile di prevenire o ritardare la progressione della malattia. Possono essere di tipo farmacologico o chirurgico. Oltre ai farmaci di tipo analgesico o antinfiammatorio utilizzati per contrastare il dolore, la soluzione farmacologica generalmente adottata è rappresentata sia da terapie ormonali sostitutive, in grado di interrompere il ciclo ovulatorio e dunque di ostacolare il proliferare dei focolai endometriosici già esistenti, sia dai cosiddetti agonisti del GnRH. Questo trattamento farmacologico favorisce la riduzione dei focolai endometriosici inducendo artificialmente una situazione ormonale simil menopausale sopprimendo la produzione di estrogeni e dei progestinici nelle ovaie. L'intervento chirurgico laparoscopico rappresenta il trattamento elettivo per l'endometriosi. E' un intervento mininvasivo che permette di rilevare ed eventualmente rimuovere i focolai e le adesioni causate dalla malattia, migliorando lo stato funzionale degli organi coinvolti. Nonostante gli ottimi risultati raggiungibili tramite questo intervento, non è possibile escludere la possibilità che la malattia possa recidivare. Il ripresentarsi della malattia a distanza di 1-3 anni dall'intervento o dalla sospensione del trattamento ormonale soppressivo si verifica in circa il 30-50% dei casi (Ambrosiani, 2005).

Numerose evidenze hanno confermato che tale patologia, pur non comportando rischio di vita, tuttavia incide fortemente sullo stato di salute delle pazienti.

Endometriosi: un discorso tra soma e psiche

Un discorso sul corpo (sano o malato) riguarda sempre le questioni paligenetiche del soggetto come entità psichica e biologica. Il corpo è impregnato, costituito e connotato da dinamiche emotive, relazionali del soggetto e non è possibile prenderlo in considerazione come entità isolata. La forma primitiva di auto percezione e di espressione delle relazioni con gli altri è, per il neonato, il corpo; un corpo fortemente connotato da esperienze sensoriali, protagonista dello scenario psichico fin dai primi momenti di vita; ecco perchè si impone la questione dell'identità.

Intendiamo dunque il corpo come spazio transizionale, come luogo di scambio con il mondo, di conoscenza e interazione e, allo stesso tempo, di internalizzazione dell'altro. Mentalizzare il corpo non è, quindi, la semplice costituzione dello schema corporeo ma è un processo psichico da cui scaturisce un nuovo e complesso sentimento di identità.

La problematica dell'identità lascia così trasparire la coincidenza della dimensione psichica con quella biologica, l'irripetibile unicità di ogni essere umano si basa infatti su un'identità di fondo impossibile da cogliere se non si riconosce l'integrazione che caratterizza lo psiche-soma.

Il rapporto soma - psiche costituisce, un territorio limite, una “*no man's land*”, che a lungo è stato il luogo di scontro fra paradigmi scientifici diversi riferibili a differenti discipline (biologia, medicina, psicologia, sociologia) che di volta in volta hanno rivendicato il primato del corpo sulla psiche o viceversa il primato della psiche sul corpo: psicogenesi e somatogenesi si sono scontrati come assoluti eziopatogenetici ugualmente discutibili e ugualmente arbitrari.

Corpo e mente rivelano, invece, la loro natura di artefatti epistemologici, modelli conoscitivi che si sono rivelati utili per la costruzione dell'edificio scientifico contemporaneo ma che, ad un esame più attento, mostrano le inevitabili limitazioni di una visione parcellizzata.

A partire da tale visione circolare della personalità, risulta quindi importante puntualizzare come gli aspetti sessuali e le differenze di genere, determinano modalità diverse di sviluppo e di rappresentazione della propria soggettività.

Il processo di mentalizzazione è diverso e significativamente più complesso per le donne: mentre i maschi proprio a partire dalla conformazione del proprio apparato

sessuale cercano il valore dell'identità e delle nuove competenze nel mondo esterno, nelle femmine l'esigenza esplorativa si rivolge verso il mondo interno, verso la sua corporeità, verso le sue cavità generative. Le donne hanno una funzione e un'area corporea in più da mentalizzare e rappresentare: l'apparato generativo che parla attraverso il menarca e che allude alla funzione riproduttiva e alla maternità.

La connotazione sessuale del corpo femminile, assume quindi un aspetto centrale (ma non imprescindibile) nella rappresentazione di sé della donna.

La nostra attenzione si concentra su due aspetti dei percorsi femminili: la cura degli altri "il materno" e gli investimenti di affetti e significati reciproci nella relazione di coppia "il seduttivo".

Alla capacità generativa sono legate le caratteristiche relative all'accudimento, comportamento istintuale nei confronti della prole che poi diventa un'attitudine all'interno delle relazioni sociali fino ad essere non soltanto un comportamento culturalmente riconosciuto, ma anche fonte di aspettative sociali rispetto al ruolo della donna.

A proposito della tendenza femminile al "prendersi cura", F. Ferraro (2009) differenzia una sana e naturale attitudine espressiva della passione per il legame con l'altro da formazioni reattive al senso di colpa per l'emanciparsi dalla dipendenza.

Questa traccia è stata sviluppata in diverse direzioni, numerosi studi hanno sottolineato il legame elettivo della depressione, della passività e dei legami di dipendenza (Chabert 2003, Lanouzière 2005) con il femminile, valorizzandone gli aspetti introiettivi o ponendo in risalto gli effetti di una melanconizzazione del legame sociale (Kaës 2005) sul destino del femminile.

Per quanto concerne le caratteristiche della seduzione, e dell'uso del proprio corpo sessualmente connotato all'interno delle modalità relazionali, ci rifacciamo a dinamiche più prettamente narcisistiche connesse alle relazioni sociali e di coppia, ed agli aspetti emotivi e cognitivi ad esse connessi.

Nonostante i due aspetti del femminile riguardino caratteristiche ed investimenti identitari molto diversi, tuttavia entrambi sono fortemente intricati con la dimensione sessuale del proprio corpo.

Proviamo adesso ad immaginare cosa può succedere quando una malattia cronica, come l'endometriosi, colpisce un organo, quale l'apparato genitale femminile, che è all'origine del processo di definizione dell'identità. Che ne sarà del processo identitario quando la dimensione biologica femminile diventa "malattia"?

Quali sofferenze psichiche l'affezione somatica grave può indurre nella donna?

E poi... l'effrazione somatica legata ad una malattia cronica, è sempre e comunque sinonimo di traumatismo per la psiche?

Quali sono le ripercussioni psichiche dei trattamenti ormonali o chirurgici sull'identità di una donna e sul vissuto della sua sessualità dal momento che è malata e di dominio dell'entourage medico?

Infine la malattia conduce in ogni caso la donna ad effettuare una ridefinizione della propria identità? E se sì, quali sono le vie e le frontiere che segnano questo percorso?

La malattia cronica che investe l'apparato genitale femminile e la sua funzionalità ha, dunque, ricadute psicologiche estremamente significative sia sull'identità femminile, sia sull'immagine che la donna ha di sé, sia sulla sua qualità di vita.

Nell'endometriosi il corpo ammalato si impone intrusivamente al pensiero ostacolando l'integrazione di una rappresentazione di sé come donna, come partner e come madre ed intralciando la realizzazione della donna nei suoi ruoli: relazionali, sociali, lavorativi.

Stato dell'arte della letteratura scientifica degli studi psicologici sull'endometriosi

Negli ultimi anni la consapevolezza che l'endometriosi comporti una considerevole compromissione della Qualità della Vita, ha portato all'emergere di un movimento scientifico e socio-politico finalizzato ad ottenere l'inclusione dell'endometriosi tra le malattie di interesse sociale. Tale movimento è quindi volto all'individuazione di specifici "percorsi diagnostico-terapeutici" che stimolino la pianificazione di ricerche mirate all'incremento delle conoscenze sulle cause, sulla cura e sulla prevenzione delle ricadute.

È per questo motivo che oltre agli studi a carattere medico, si è sviluppato un terreno di ricerca che prende in considerazione anche gli aspetti psicologici presenti in questo stato di malattia.

I temi critici emersi da recenti studi (Kennedy 2004, Scafidi Fonti 2005, 2007, 2008) riguardano: l'infertilità; l'impossibilità di dimenticare la propria condizione; la frustrazione di fronte alla prospettiva di non migliorare; la sensazione di aver perduto la propria vitalità; la sensazione di non essere comprese nell'ambiente familiare né in quello lavorativo; il senso di impotenza di fronte all'imprevedibilità dei sintomi; l'incertezza rispetto al futuro.

Anche se alcuni studi testimoniano che non vi sia una relazione tra la forza della malattia, il dolore e i sintomi psichici (Gomibuchi H, 1993) tuttavia è noto che lo stress e i disturbi dell'umore determinano un indebolimento del sistema immunitario ed incrementano la suscettibilità verso malattie infiammatorie (Olf M. 1999).

Alcuni studi individuano una causalità lineare diretta tra le perturbazioni della rete psiconeuroendocrino-immunologica provocata dal difficile vissuto adolescenziale in alcune donne e lo sviluppo della malattia (Belaisch J. et Al. 2006); secondo questa teoria le basse difese immunitarie favorirebbero lo sviluppo delle cellule endometriali.

Più recenti studi dimostrano che le donne affette da endometriosi presentano una gran suscettibilità ai disturbi mentali (Sepulcri, RD et Al. 2009).

Nel 1993 Low et al. hanno evidenziato che donne con endometriosi sono più introversive ed ansiose delle donne con altre patologie ginecologiche.

La dimensione depressiva è stata parecchio approfondita in ambito psicologico, la letteratura riporta che la depressione è prevalente in donne con endometriosi a carattere sintomatico (86%) rispetto alle donne asintomatiche (38%). Nelle donne sintomatiche, lo stato depressivo è anche accompagnato da preoccupazione somatica, inibizione lavorativa, insoddisfazione e tristezza (C, Lorençatto, 2006).

Sebbene la depressione in donne con endometriosi è stata spesso oggetto di studio di diverse ricerche, tuttavia essa non viene altrettanto spesso diagnosticata; inoltre non c'è ancora un consenso sul fatto che ne sia causa o conseguenza.

Rispetto all'incidenza degli aspetti ansiosi sulla percezione del dolore (Sepulcri et al. 2009) rilevano che l'intensità del dolore correla significativamente con i sintomi ansiosi probabilmente perché donne ansiose tollerano meno il dolore ed hanno maggiore sensibilità alle sensazioni fisiche in generale come riportato da precedenti studi (Barsky AJ. 1979).

Altri studi si sono focalizzati sui possibili fattori di predisposizione che possono contribuire allo sviluppo di disturbi mentali in donne con dolore pelvico cronico; nel 2000 Lampe et al. hanno evidenziato una correlazione tra il dolore pelvico e gli abusi sessuali, dovuta ad un'alterazione permanente dell'asse ipotalamico-ipofisi-adrenalinico.

Anche la condizione socio economica è stata presa in considerazione come fattore di rischio, ed esistono dati contraddittori in letteratura rispetto alla sua incidenza sulla malattia; infatti alcuni considerano il basso livello di educazione come un fattore di rischio per lo sviluppo di dolore pelvico cronico (Roth RS. 2001) ma altri studi smentiscono questa ipotesi (Peveler R. 1996).

Sepulcri et al 2009 rilevano che soltanto fattori quali essere sposate, avere figli possono essere considerati protettivi verso lo sviluppo di disagio psichico, mentre altri fattori quali condizione socioeconomica, storie di abuso fisico e sessuale o violenza domestica non presentano correlazioni significative con il disagio psichico.

Numerosi studi si focalizzano sul dolore come la causa maggiore di impairment fisici, psico-sociali, emotivi e professionali o legati al lavoro. (Denny, E, 2007, Fourquet J., et Al. 2010.)

In particolare, Nunnink et Al. (2007) sostengono che un elemento influente sul benessere psicologico della donna può essere l'accuratezza del richiamo del dolore; gli Autori, evidenziano che l'accuratezza del richiamo del dolore endometriale può essere un potente mediatore psicologico rispetto al benessere percepito, allo stress relativo all'infertilità, all'atteggiamento attivo o passivo di coping rispetto al dolore. Vi è una crescente evidenza scientifica che sottolinea come la percezione del dolore sia in gran misura influenzato dalla comprensione sociale di quel dolore (Waters S. J. et Al. 2004).

L'infertilità è stata considerata uno dei fattori causali di sofferenza psicologica, (Wischmann T. et Al. 2005) le donne che ne sono affette sono più ansiose, depresse ed hanno un decremento di autostima nei confronti del partner. Il desiderio di combattere questa condizione psicologica, è testimoniato dalla crescente richiesta di servizi di counselling.

Diversi studi hanno dimostrato che vari trattamenti psicologici possono contribuire a ridurre lo stress, ma raramente incrementano la possibilità di gravidanza.

Di non poca importanza rispetto allo sviluppo di sofferenza psicologica è il fatto che l'endometriosi venga stigmatizzata (Seear, K. 2009) dalla società come una "non-malattia" in quanto, la sfera ginecologia rimanda sempre ad un'idea condivisa di dolore non patologico ma fisiologico e connaturato nell'essere donna.

Uno studio che compara la presenza di stress durante il ciclo in donne con emicrania e con endometriosi, riscontra che le seconde riportano in maniera significativamente maggiore dolore, stress rispetto alle prime (Barnack, JL. et al. 2007).

Un ulteriore aspetto approfondito è quello dell'incertezza come punto critico della malattia, incertezza che si riflette nella diagnosi (Garry, R, 2006, Barnack, JL. Et Al. 2007), ma anche nella presentazione dei sintomi, nella loro gestione a lungo termine. Denny et al. 2009) hanno evidenziato che questa condizione di incertezza e precarietà rispetto al futuro influenza l'interpretazione e la gestione del dolore nell'endometriosi, non soltanto delle donne che ne sono affette, ma anche dei professionisti della salute pubblica.

Inoltre diversi studi (Markovic, M. et al. 2008, R. Rosini, et al. 2008) mettono in luce che la gestione personale da parte delle pazienti della malattia, è fortemente influenzata

dalla relazione con il medico. Le pazienti stesse riportano un desiderio di un approccio centrato sul paziente ed il desiderio di avere accesso a trattamenti complementari.

Tutti questi aspetti comportano una notevole compromissione della Qualità della Vita delle pazienti (G. Jones et al. 2004, 2006, Wendy Kuohung, M.D 2002, G.M. Scafidi Fonti, 2008a, b, Oehmke, F 2009)

Garry et Al. (2000) hanno rilevato che un significativo miglioramento nella QdV delle pazienti può essere generato dall'intervento chirurgico.

Negli ultimi anni, infatti, la ricerca medica concorda nell'identificare la salute come un fattore importante sia in termini di "capacità di funzionare" nella vita di tutti i giorni, sia in termini di benessere percepito sia dal punto di vista fisico che psicologico, emotivo e sociale.

A causa della molteplicità dei livelli implicati nella malattia, diviene necessario un approccio conoscitivo multifattoriale che tenga in considerazione gli aspetti psicologici e le ricadute sulla vita quotidiana della malattia. Un approccio multidisciplinare può quindi offrire una visione di più ampio respiro, circolare, che superi la prospettiva meccanicistica la quale concepisce i legami di causa ed effetto come rigidamente lineari.

I percorsi della femminilità

“La femminilità non è (...) un dato di fatto, ma un percorso evolutivo ricco e complesso che si svolge su più piani, (...) che può incontrare, nel suo procedere, diversi ostacoli”
(Vegetti Finzi, 1996).

“La femminilità “il continente nero” inesplorato, e per saperne di più di quanto lui non avrebbe potuto dire sarebbe stato opportuno interrogare le donne stesse ed i poeti”.
(Freud, 1932)

Proponiamo di seguito alcune teorie sullo sviluppo e l’acquisizione della propria connotazione femminile della donna.

il percorso di “femminilizzazione” può intendersi come un tempo processuale di elaborazione e di riorganizzazione e della propria posizione che permette ad una bambina – adolescente - giovane donna di accedere alla posizione di soggetto femminile.

Con la definizione di soggetto intendiamo la possibilità di riconoscere e percepire se stessi a partire dalla propria peculiarità e differenziazione dagli altri, in un gioco di similitudini e differenze: ci riferiamo quindi al concetto di identità.

L'identità esprime in linea generale, il senso di essere un individuo separato, dotato di una struttura e di un confine. Il processo che conduce l'individuo a riconoscere una propria identità separata è complesso ed articolato e su di esso gravano componenti intrapsichiche ed intersoggettive (Nunziante Cesaro, Chiodi, 2006). Il processo mira alla

contemporanea capacità di distinzione delle dimensioni dell'identità e dell'alterità, conducendo il soggetto a riconoscere ciò che gli appartiene e ciò che è altro da sé. L'etimologia della parola identità richiama l'area semantica dell'idem, del medesimo in cui convergono quei fenomeni psichici relativi allo stesso, al medesimo, all'identico rispetto a sé stesso e che connota la particolare unicità di ogni individuo come uguale a sé stesso.

Al principio del processo di costruzione della propria personalità, possiamo parlare di una confusione rappresentativa e percettiva me-non me. È soltanto attraverso un lavoro di elaborazione psichica che diviene possibile differenziare progressivamente ciò che è legato all'esterno da ciò che proviene dal soggetto, dalle sue reazioni personali e dalla sua sensibilità.

La differenziazione tra dentro e fuori, me ed altro, non è un dato di fatto, ma consiste in una produzione assai complessa che mobilita un insieme di processi transitori (nel tempo) e transizionali (nello spazio) (R. Roussillon, 2001).

A partire da tali considerazioni intendiamo l'*identità di genere*¹, come parte di quel processo che ha a che fare con la strutturazione dell'identità intesa ad un livello più ampio. Secondo una prima e più superficiale definizione, l'identità di genere indica il riconoscimento da parte di un soggetto di appartenere ad un genere piuttosto che ad un altro.

Il concetto di genere pone una problematicità strutturale poiché si presenta al crocevia di molteplici fattori: sociale, biologico, culturale e psicologico, e ciò ancor più quando si tratta della sua distinzione dal sesso². Nonostante l'importanza del ruolo della natura sul processo di costruzione dell'identità di genere, è importante sottolineare che tale percorso è fortemente influenzato dal contesto relazionale in cui si svolge.

Il ruolo dell'ambiente è già attivo durante la gravidanza, la maturazione biologica cerebrale è fortemente influenzata dalle stimolazioni ambientali. Fin dalla vita

¹ Il termine Gender è stato proposto negli anni '70 da Gayle Rubin, per indicare i processi sociali (adattamento, rapporti) attraverso i quali la sessualità biologica si trasforma in prodotti dell'attività umana», creando differenze tra uomini e donne nella divisione di compiti e ruoli, ovvero il genere (Piccone Stella e Saraceno, 1996)

² l'etimologia della parola sesso proviene dal latino *secare* (separare, recidere, tagliare) che rimanda all'essere proprio del maschio e della femmina in rapporto alla connotazione genitale ed all'atto generativo.

intrauterina e nei primi mesi di vita, lo sviluppo dei dendriti che consente le connessioni sinaptiche è influenzato dall'ambiente; questi stimoli non sono neutri ma socialmente e culturalmente determinati.

Ciò che diversi autori mettono in rilievo è il fatto che il senso di appartenere ad un sesso piuttosto che ad un altro, si colloca in un momento evolutivo alquanto precoce ed in cui convergono una molteplicità di fattori, tra i quali la relazione del bambino con i genitori, le prime esperienze corporee, il raffronto ed i processi identificatori che segnano la relazione col genitore dello stesso sesso, nonché le complesse dinamiche della relazione primaria con la madre.

Crescere vuol dire avere la possibilità di identificarsi in maniera positiva con la figura genitoriale del proprio genere ed un processo di nascita psichica è pensabile solo laddove vi è la disponibilità di uno spazio vuoto, di una separazione. La relazione madre-figlia è caratterizzata dall'appartenenza allo stesso genere, dalla reciproca identificazione; dalla permanenza dell'oggetto d'investimento e dalla mancata necessità di cambio d'oggetto e disinvestimento del primo oggetto d'amore, la madre.

Inoltre il processo di identificazione può seguire molteplici vie e la bambina si può identificare con alcuni aspetti della madre e non altri, con modelli proposti dalla cultura, con immagini femminili che le derivano da altre figure che le ruotano attorno.

In questo dispiegarsi di possibilità paradossalmente per la bambina sarebbe più facile mantenere il senso di sé all'interno della dipendenza e relazione con l'altra, piuttosto che acquisire la propria identità di soggetto individuale. Lo sviluppo della femminilità, in effetti, non dipende in modo così essenziale dal conseguimento della separazione dalla madre. Rimanere attaccata alla madre, non attenta allo sviluppo della femminilità, ma allo sviluppo dell'autonomia. Il fallimento del processo di separazione-individuazione, paradossalmente, favorisce lo sviluppo di una femminilità che è convenzionalmente legittimata perchè aderente ad un modello materno.

Tuttavia questo tempo di riorganizzazione è molto soggettivo nel suo andamento, nelle sue modalità, nei suoi tempi e si iscrive in maniera, a volte costosa, a volte rumorosa, all'interno dei movimenti di ridefinizione adolescenziale.

Così ci sembra opportuno considerare il processo di femminilizzazione a partire dal doppio carattere di soggettività e complessità.

In ambito psicodinamico, a partire da una lettura critica della lezione freudiana e post-freudiana, diversi Autori hanno approfondito un pensiero sulla femminilità nei suoi rapporti col materno e con lo sviluppo individuale, dando luogo ad una ridiscussione delle problematiche relative alle concezioni dei ruoli di genere ed alle dinamiche attività/passività concernenti questi ruoli.

Così come Freud e la Klein che si sono concentrati sulla connotazione anatomica e genetica della sessualità femminile, anche la E Deutch sostiene la tesi di una predisposizione della donna alla passività e al masochismo che ha la sua origine proprio dalla particolare struttura anatomica dei genitali femminili.

Il concetto di masochismo femminile però “non assume”, nella Deutsch, i caratteri di crudeltà, distruzione, sofferenza con i quali si manifesta nelle nevrosi e nei perversamenti (1977). L’Autrice suggerisce poi di sostituire l’espressione “tendenza alla passività” con la formula “attività verso l’interno”; di modo che il termine “passività femminile” indichi una funzione, esprima cioè qualcosa di positivo. La ricettività femminile si configura, infatti, come una forma di attività a meta passiva, che corrisponde tra l’altro alla fisiologia dell’atto sessuale nella donna.

Ulteriori Autori hanno rivisto le formulazioni freudiane e se ne sono discostati apportando delle innovazioni nel pensiero possiamo citare la Bonaparte, la Lamp de Groot, la Greenacre, la Mack- Brunswick, la Horney, la Thompson, la Moulton, la Choisy, la Benedict, la Rotter, la Torok, la Luquet Parat, Jones, Rado, Zilboorg, La Grumberger, David, la Kestenberg.

Gli studi psicologici sul femminile hanno caratterizzato anche il movimento del periodo della contestazione e della rinascita femminista degli anni sessanta e settanta, con istanze anche di tipo politico. Le sue esponenti sono Benjamin J. (1988, 1996), S. Kofman (1980), H. Cixous (1975) Irigaray L. (1966), Kristeva J. (1974), le ultime tre sono le esponenti più famose a livello internazionale degli anni Settanta, provenienti dal gruppo "rivoluzionario" Psyc-et-Po (Psychanalyse et Politique), guidato da Antoinette Fouque. La loro prospettiva è molto sensibile alle dinamiche di potere socialmente e culturalmente determinate su cui si intersecano i rapporti tra uomini e donne che possono incidere fortemente ed in maniera negativa sulle donne.

Oggigiorno la lettura sulla passività della donna è stata ampiamente articolata e rivista da Autrici come Ferraro e Nunziante Cesaro, 1985; Nunziante Cesaro, 1988, 1996, Chasseguet, J. S. 1964 ; Bleichmar, E. D. 1994; Arcidiacono C. 1990, 1994, 1995 ; Argentieri S. 1988, 1995 ;; Salvo A. 1996 ; Vegetti Finzi S. 1982, 1990, 1995, Mc Dougall 1995, 2002.

C. Chabert (2004) propone di andare là di là di una rigida associazione predeterminata femminile/passivo, maschile/attivo sostenendo che ogni individuo presenta un melange di caratteri sessuali, biologici e comportamentali dell'altro sesso dando luogo ad un amalgama di atteggiamenti attivi e/o passivi.

È importante sottolineare come la dimensioni femminili dell'impotenza, della passività e della debolezza sia presente in entrambi i sessi, nodo comune punto di sedimentazione della bisessualità e delle identificazioni.

L'espressione di un atteggiamento passivo nei confronti dell'ambiente prescinde dal sesso ma riguarda lo sviluppo soggettivo.

Anche Nunziante Cesaro sottolinea la condizione di "spazio cavo" della donna come disposizione di accoglienza verso l'altro, verso il diverso intesa come potenziale fonte di arricchimento e non di sottomissione.

È nel 1968 con la pubblicazione di *Sex and gender* ad opera di Stoller (1968) che il dibattito psicoanalitico si inoltra nelle molteplici questioni relative ai concetti di sesso, genere, ruolo ed identità.

Stoller lega il sesso alla dimensione corporea mentre considera il genere entro una dimensione al limite tra lo psichico ed il culturale ovvero potenzialmente indipendente dal sesso biologico.

Lo sviluppo dell'Io corporeo è un processo che si determina a partire dalla condensazione di tutti gli elementi che hanno costellato le esperienze precoci dell'infante. Questo processo si struttura intorno al terzo anno di vita e fonda il nucleo dell'identità di genere da cui emerge la consapevolezza di appartenere ad un sesso specifico.

Stoller propone infatti di guardare allo sviluppo psicosessuale maschile e femminile a partire da una profemminilità originaria ovvero una dimensione di femminilità primaria che interessa tanto la femmina quanto il maschio, che si iscrive all'interno di

processi pre-identificatori, in un momento segnato dalla completa vicinanza e contiguità fisica e psichica tra la madre ed il bambino.

Stoller fa riferimento alle teorie sulla simbiosi madre bambino già sviluppata da altri Autori (Mahler (1975), Greenacre (1959)).

Il processo di acquisizione dell'identità di genere si struttura su elementi eterogenei. In primo luogo è da considerare l'influenza di fattori biologici di natura genetica, a cui va aggiunto l'effetto del processo di attribuzione del sesso alla nascita da parte del medico e dei genitori, crocevia di problematiche molteplici specie nei casi in cui non vi sia corrispondenza tra corredo cromosomico e conformazione anatomica (come in alcune sindromi intersessuali).

Stoller ritiene che Ognuno dei due genitori, a seconda del proprio sesso, stabilisce col bimbo una relazione diversa a seconda che lo creda del proprio sesso piuttosto che dell'altro.

I condizionamenti genitoriali, le aspettative le richieste e le istanze educative che modellano il comportamento e l'atteggiamento del bambino, partecipano alla costruzione dell'identità di genere.

L'orientamento sessuale, l'attrazione ed il piacere, ovvero l'origine della dimensione sessuale (si parla di dimensione per sottolineare la complessità della struttura psichica) e la relativa identità di genere non dipendono semplicemente da modi culturali nell'allevamento dei maschi piuttosto che delle femmine, ma, dalla relazione primaria tra il bimbo e ciascuno dei genitori.

L'attribuzione del sesso alla nascita è soltanto un momento primo a partire dal quale saranno tracciate le linee comportamentali del bambino attraverso un processo di conferme successive: all'interno di un continuum che contempla l'atteggiamento e le aspettative inconsce nei confronti dei figli in relazione ad un determinato sesso. I fenomeni di cui parla Stoller sono relativi ad una sfera al limite tra lo psichico ed il somatico, forme di comunicazione ed esperienze sensoriali precoci che risultano esercitare una certa influenza sin dai primi momenti che seguono la nascita a partire soprattutto dalla relazione madre-bambino. Pur non trascurando le peculiarità bio-fisiologiche delle caratteristiche dei due sessi, il ruolo della cultura nella formazione dell'identità mantiene un valore imprescindibile. La dimensione sessuale si origina

dunque nelle relazioni della prima infanzia: essa ha allora a che fare con gli oggetti interni primari. Dunque si radica nella matrice globale dell'intero sviluppo della mente. È interessante notare che anche tra gli studi biologici sul genere sia riconosciuto e sottolineato il ruolo preponderante della società nella determinazione dell'identità di genere.³

Molti altri studi dimostrano che l'identità di genere e la sessualità umana sono essenzialmente psichiche. Noti da tempo sono i contributi antropologici degli studiosi di psicoanalisi (Roheim, 1950), in cui si mostra come la sessualità, in ogni sua manifestazione e al di fuori dal concetto di normalità-patologia, sia determinata dal gruppo sociale. Questa determinazione è individuata essenzialmente nelle modalità di allevamento dei neonati, dunque in quella fase della vita in cui viene "costruita", nelle relazioni d'oggetto primarie, la struttura della mente. Il concetto di "costruita" è qualcosa di diverso e di più che "psichicamente elaborata": significa acquisita; appresa dall'esperienza, per dirla con Bion. Anche la sessualità animale è "appresa", come dimostrano i famosi studi degli Harlow (Schrier, Harlow, 1965) sulle scimmie, e tutti i successivi, anche su altri animali; le cure parentali condizionano lo sviluppo psico-sessuale.

Ovesey e Person identificano nel nucleo dell'identità di genere il riconoscimento che il soggetto opera su sé stesso in relazione alla propria biologia, e nel concetto di *ruolo di identità di genere* il percorso di autoaffermazione psicologica in merito al possesso di tratti appartenenti al maschile o al femminile. Il nucleo dell'identità di genere viene definito come la risultante di una "autorappresentazione statica" (Ovesey e Person, 1973, p. 92).

Alla stregua di questa concezione Mc Dougall (1995, 2002), pone l'accento sull'importanza del fatto che i genitori possano restituire al bambino di entrambi i sessi un'immagine integra e non svalutata del suo corpo per un'armonica costituzione

³ Margaret Mead, nel 1935, aveva proposto una riflessione sull'interconnessione tra dimensione culturale e differenze sessuali. L'Autrice a partire dall'osservazione di tribù con organizzazione primitiva, ha osservato che alcuni tratti temperamentali (come passività, sensibilità, propensione alla cura dei bambini etc...) ritenuti nella cultura occidentale tipicamente femminili, si ritrovassero in maniera indipendente dal sesso sia in maschi che femmine.

Studi successivi (Sterward, 1962) sui costumi di alcune popolazioni, validarono la tesi che non è esclusivamente la natura a decidere del ruolo della donna nella società, ma che la cultura assume un importante ruolo nell'interazione con la biologia.

dell'identità di genere. La Chodorow (2002) situa l'insorgenza del proprio *sé sessuato* e di *genere*: nel confronto e nel raffronto, nella competizione del bambino con il genitore del suo stesso sesso.

Chiland (1997) distingue la sessuazione dalla sessualità; la prima fa riferimento a tutto quanto attiene alla distinzione tra i due sessi, laddove la sessualità riguarda, invece, "l'unione dei sessi" e sembra avere a che fare con il comportamento e l'orientamento sessuale, e, in generale, con il vissuto della sessualità. L'Autrice sostituisce il concetto d'identità di genere con quello d'identità sessuata; di particolare rilevanza, secondo l'Autrice, è il rapporto con la propria madre, quale motore delle numerose esperienze che attraversano lo sviluppo.

Optando per il termine di identità sessuata, sembra più semplice pensare alle questioni relative alla differenza, in una dimensione che ponga in luce le dinamiche che costellano la relazione dell'infante con i propri genitori.

Precedentemente la Nunziante Cesaro (1993) aveva impiegato il concetto di sessuazione come parte di un processo di trasmissione intergenerazionale al femminile; sottolineando l'innominabilità del sesso femminile, che si tramanda lungo una catena generazionale nonna-madre-figlia, rilevando alcuni degli aspetti che rendono enigmatico il processo di sessuazione della donna.

A partire da una visione processuale della costruzione dell'identità, proponiamo adesso dei nodi problematici attorno ai quali si determina la maturazione femminile:

- La definizione progressiva di un progetto di femminilità che include l'integrazione di modelli ed idee culturali conciliabili con la realtà e con le aspirazioni individuali.
- L'accettazione di una realtà anatomica e di uno specifico ritmo biologico/psicologico
- La costituzione di uno spazio interno di riferimento e di una rappresentazione di sé differenziata dalla figura materna.

È importante leggere tali dinamiche sempre in un'ottica processuale al di là dei tentativi di schematizzazione dello spazio psichico e considerarle come delle possibili vie di evoluzione o di involuzione, non escludentesi le une con le altre.

È dunque necessario differenziare diversi spazi di femminilizzazione che costituiscono una soluzione narcisistica soggettiva rispetto alla ricerca di una posizione femminile maturata nell'adolescenza.

Abbiamo qui descritto lo sviluppo femminile come un processo somatico, psichico e culturale; perché questo cammino giunga a termine, è necessario che si verifichi un riconoscimento del passaggio da un corpo infantile ad un corpo maturo, desiderante e desiderabile e sarà necessario offrire un senso a questa nuova configurazione di sé. (Lesourd, 2007).

Considerare lo sviluppo identitario femminile anche come via di accesso alla genitalità matura, permette di porre non poche questioni: cosa permette alla donna di accedere ad una genitalità matura? Come apprezzare l'effetto maturativo che avviene sotto un'espressione patologica come quella dell'endometriosi? Fino a che punto possiamo considerare le strategie invalidanti come un impulso verso la conquista di una femminilità?

Il corpo adolescenziale in preda alle fisiologiche metamorfosi, non ha più la connotazione indifferenziata dell'infanzia, ma diviene corpo sessuato, reale, luogo di incontro con il diverso, lo straniero, si tratta per la giovane donna di perdere il controllo sul proprio corpo. Lo sguardo altrui sollecita la ricerca di un'identità e il riflesso dell'immagine di sé può essere estremamente desiderato ma anche rifiutato dall'adolescente che si trova a volte alla ricerca di riconoscimento e di identificazione ma anche di differenziazione e disidentificazione (Schaeffer J. 2007).

Si mettono così in moto nuovi conflitti identificatori; l'accettazione di questo nuovo corpo, di un possibile piacere sessuale, della possibile gravidanza, permettono alla giovane donna di passare dall'altro lato dello specchio all'interno di nuovi riflessi che comprendono l'essere madre oltre che donna.

Il corpo dell'adolescente si arrotonda sotto la spinta pubertaria, assume forme curvilinee, il bacino si allarga preparandosi alla funzione materna contenente, ma confermando allo stesso tempo la funzione contenente della donna all'interno delle relazioni sessuali.

Questa funzione doppiamente simbolica, nella sua connotazione di donna e di madre, è segnata profondamente dalla perdita di un contenuto: il sanguinamento mestruale.

Tracce identitarie in adolescenza, il filo rosso di un nuovo corpo

« Dans le flot des événements de la vie d'une femme,

les seuls signes qui nous sont apparents sont ceux
qui entourent la mort, la naissance ou le mariage.
Ce sont, pour elles, les moments où le sang coule»
(Bodiou 2002).

«Où il y a des
femmes, il y a des règles. Depuis que la
femme existe, parmi toutes les hémorragies, celle de la mens-
truation, qui comme le cycle de la lune revient à intervalles
réguliers, est certainement celle qui a la plus puissante réso-
nance symbolique sur le psychisme». (P. Poux 1999)

L'avvenimento del menarca segna in maniera tangibile e concreta l'uscita da un mondo dell'infanzia; è un segno somatico di una possibile separazione dai genitori ed in particolare dalla madre. Pone la giovane donna di fronte alla differenza tra i sessi e la obbliga a rinunciare ad un sentimento di onnipotenza infantile determinato da una bisessualità psichica.

Il momento di stravolgimento del proprio corpo consente alla ragazza di fugare alcuni dei dubbi rispetto ai suoi contenuti interni, finora insoluti a causa della peculiare anatomia femminile che non consente, così come nel maschio, di farvi fronte attraverso la visibilità del proprio genitale: «Il menarca sembra un'esperienza atta ad affinare e definire i confini corporei e può essere usato come guida nel processo di incorporazione di una parte invisibile del proprio corpo entro l'immagine del proprio corpo» (Ferraro, Nunziante-Cesaro (1985, pag. 31).

La fanciulla, dunque, che dapprima non si percepiva all'altezza del suo corpo femminile, “frutto strano della natura”, viziato dal difetto di non essere alla stregua della madre, perché non “degnata del corpo della madre” (Vegetti Finzi 1990, pag. 165), ora, si

accinge a destituire la fantasia dal suo ruolo egemone per “lasciare spazio”, nel suo interno, all'insediarsi di un corpo reale, prima il pene, inteso questo come organo genitale, poi il bambino, diretto derivato della capacità generativa della stessa: «Al “bambino della notte”, personificazione del principio del piacere, [...] si contrappone però il figlio dell'uomo [...] premio di un desiderio sublimato che ha rinunciato al proprio oggetto allucinatorio» (Vegetti Finzi 1990, pag. 170-171).

Dunque, se le mestruazioni per taluni aspetti possono indurre nelle donne profonde angosce, per altri, invece, possono essere vissute come una riconciliazione con l'immagine materna caratterizzata anche dalla possibilità di avere in futuro dei figli (Langer 1951, 169).

Imbasciati in *La donna e la bambina*, rinvenendo nel pensiero infantile il fondamento di quello adulto, asserisce che «la mente di una donna adulta, sia pur matura, potrà risentire della rianimazione di vissuti infantili che può essere evocata dall'evento mestruale» (Imbasciati 1966, 123-124). Dunque, la mestruazione, a causa di tale retaggio, è caratterizzata dall'ambivalenza e la conflittualità esperita fantasmaticamente all'interno della relazione materna.

L'ambivalenza, poc'anzi menzionata, è altresì esacerbata e rinnovata dalla dinamica biologica che contraddistingue il fenomeno mestruale cui è sotteso il richiamo di una possibile gravidanza mancata: ciascuna donna, allora, «deve confrontarsi con il lutto per quel bambino che sarebbe potuto nascere, con quel'ovulo inutile, con quel'utero che si squama lasciando scorrere il sangue e che provoca dolore » (Bergeret-Amselek 1996, pag. 54).

Il ciclo mestruale è la traccia più palpabile dell'identità femminile, della sessualità e della fecondità di una donna. La perdita di sangue marca profondamente le tappe essenziali della vita di una donna, dalla pubertà alla menopausa, al sanguinamento del primo rapporto sessuale.

È con la perdita di un contenuto materiale (il flusso mestruale), che viene evidenziata l'assenza di un altro contenuto: un feto.

Notiamo soprattutto che l'interruzione del sanguinamento nel periodo che va dalla pubertà alla menopausa, testimonia un pieno: la gravidanza o l'allattamento. Dunque, attraverso una sottile litote, la mancanza della perdita del sangue mestruale, proclama

all'interno del grembo, finora “cavo”, la presenza di una nuova vita (Ferraro, Nunziante-Cesaro 1985). Appare evidente, allora, che la mestruazione diviene il catalizzatore di una riorganizzazione dell'immagine corporea della ragazza e dei suoi contenuti interni.

La perdita delle mestruazioni durante la menopausa, segna la donna per una perdita di potere: la capacità generativa. La clinica mostra che per alcune donne, le amenorree menopausiche sollecitano delle fantasie di gravidanza, anche in donne che non pensano né, desiderano più di avere un figlio.

Per altre donne che durante la menopausa effettuano un trattamento ormonale, la presenza di sanguinamenti ritmici prodotti dai farmaci, conferisce loro una sensazione di essere ancora donne e desiderabili.

Diventare madre: un processo di definizione dell'identità femminile?

Il processo di definizione dell'identità femminile vede l'esperienza della maternità come una sua fase. Questa è intesa come «realizzazione fattuale di quella capacità generativa virtualmente acquisita con la pubertà, costituisce un'esperienza psicofisica

che implica una complessità di livelli, relativi, primariamente, all'identità di genere e al suo radicamento in una solida configurazione del Sé corporeo come base del senso di identità» (Ferraro 1992, pag. 65-66).

Già la Deutsch, all'interno della sua trattazione inerente la *Psicologia della donna*, sostiene che l'esperienza della maternità sia strettamente imperniata nell'intero percorso della femminilità, intrapreso dalla bambina poi divenuta donna. L'Autrice paragona lo sviluppo femminile ad una catena in cui gli anelli del passato si riattivano e modificano tramite gli anelli futuri che a loro volta acquisiscono un senso in funzione dei precedenti. (Deutsch 1946, pag. 58).

La donna in gravidanza smette di essere figlia della propria madre per diventare madre del proprio figlio (Bergeret-Amselek 1996, pag. 49; Piscicelli 1979, pag. 253).

Durante il percorso di iniziazione alla maternità, nella donna si producono una serie di cambiamenti ascrivibili non già a fattori esclusivamente biologici, piuttosto l'Autrice sostiene che questa esperienza sia «un'unità psicologica [...], riassume numerose esperienze, memorie, desideri e paure [...] anteriori di molti anni all'esperienza reale» (Deutsch 1946, pag. 5).

Ferraro, Nunziante-Cesaro (1985) ritengono che la gravidanza consista in un momento di rinascita di sé oltre che del futuro bambino «la gravidanza diviene, allora, un tentativo di esistere, un'autoesperienza fondante, una sorta di impresa magica ed autarchica in cui si è genitori di se stessi» (Ferraro, Nunziante-Ferraro 1985, pag. 82).

S. Thanopulos (2009) ritiene che gli antichi greci, designando la cavità generatrice femminile *hystera* hanno evidenziato che nella maternità, ciò che viene prima, ovvero la permanenza del bambino nell'utero, assume un significato attraverso quello che viene dopo, ma non nel senso di una significazione retroattiva, bensì nel senso di una simultaneità, di un prima (l'utero) che già contiene, coesiste con ciò che viene dopo (la differenziazione del bambino).

Nella gravidanza e nella maternità si assiste ad una successiva elaborazione di queste tematiche che si innestano però sul piano delle acquisizioni conseguite nel corso delle precedenti fasi evolutive (Pazzagli et al. 1981, pag. 19). L'esperienza della gravidanza permette di rivivere a ritroso il proprio percorso evolutivo a partire dall'indistinzione originaria con la madre, fino alla separazione ed ad un processo di individuazione di Sé

(J.André 2003, pag. 21, J.Schaeffer, pag. 2003), ciò che Winnicott definiva “la capacità di abitare il proprio corpo” (1945, pag. 177).

Come suggeriscono Pazzagli et al., la maternità si connota, prima di qualsiasi altra accezione, come una “crisi evolutiva”, sottendendo al termine il doppio significato di pericolo per l'equilibrio preesistente a questa condizione e per quello che si andrà a configurare: «la gravidanza assume così, fin dal suo inizio una duplice veste: da un lato è un reale mutamento nella vita di ogni donna che desidera diventare madre, dall'altro è espressione e motivo di una crisi» (1981, pag. 19) La gravidanza e la maternità impongono cambiamenti nel mondo esterno (trasformazioni nella sfera somatica, relazionale, lavorativa) ma soprattutto nel mondo interno: ovvero nella gestione delle emozioni, modalità di approccio alla realtà, rappresentazione di sé e del proprio corpo; il travaglio oltre che fisico è anche psicologico.

Non necessariamente la gravidanza costituisce un momento di evoluzione rispetto al processo di costruzione di sé. Nonostante la gravidanza, nella sua accezione biologica di accoglienza dell'altro, sia una tappa naturale e necessaria per una donna, tuttavia il significato che viene attribuito a quest'esperienza dipende molto dalla posizione identificatoria della futura mamma.

La gravidanza può essere vissuta all'interno di un registro del desiderio, ovvero stimolata da una spinta evolutiva alla realizzazione di sé ed alla concretizzazione della propria maturità sessuale. In tal maniera, la gravidanza, completerebbe la rappresentazione di sé della donna nelle sue diverse componenti, all'interno di uno scambio fluido con la storia del proprio partner e con la crescita della loro relazione.

Tuttavia la gravidanza può anche costituire un momento di blocco del proprio sviluppo identitario nel momento in cui questo evento venga vissuto come un ineludibile destino della donna, ripetizione coatta della storia/identità della propria madre; la componente femminile si presenterebbe come inscindibile da quella materna.

In questo senso la procreazione non verrebbe vissuta alla stregua di un'integrazione tra la propria componente somatica, la propria storia⁴ e la storia della coppia, ma si inscriverebbe nell'ordine del bisogno, esclusa dal campo del simbolico.

⁴ ci riferiamo qui al concetto di “verità storica”(Freud 1937) ovvero alla personale verità, dotazione di senso e riconoscimento di sé nella propria vita.

Dunque, il momento del concepimento della gestazione e del parto possono intraprendere due direzioni opposte, la prima riguarda l'accrescimento psichico ovvero tutto ciò che la donna vivrebbe come "in più": un nuovo corpo, un nuovo essere, nuove emozioni. La seconda via, speculare alla precedente, riguarda l'annullamento e la perdita di una propria originalità, la donna si troverebbe "invasa" da qualcos'altro da sé in modo assolutamente ablativo.

A queste due modalità d'esperienze diverse corrisponderanno altrettanti atteggiamenti nei confronti della propria percezione in termini di maternità legati da un lato ad emozioni di amore, gioia ma dall'altro anche a vissuti depressivi, odio e vergogna.

Il lavoro del lutto nei confronti delle perdite determinate dalle trasformazioni somatiche e dai diversi ruoli familiari e relazionali, dovrebbe allora permettere l'integrazione di queste emozioni contrastanti.

A tal proposito le autrici Ferraro e Nunziante-Cesaro, affermano che l'individualità della donna «appare compromessa, tutto il lungo lavoro di differenziazione che ha accompagnato il proprio processo di sviluppo viene messo ulteriormente in crisi, dallo stato simbiotico che si trova a vivere con la gestazione» (1985, pag. 78). Le Autrici chiamano Sé gravidico quella specifica connotazione identitaria che si verifica durante la gravidanza, messo in crisi e sottoposto a continue modificazioni, dalla presenza di un altro-feto presente e assente al tempo stesso (1992).

Da un punto di vista biologico il feto è un parassita per il corpo della madre e la maternità comporta per la donna l'accettazione dell'intrusione nel suo corpo di un altro, presenza che secondo Schneider può essere vissuta come ostile o intrusiva (2004).

Quanto sopraesposto, può assumere i toni del "*perturbante*", freudiano riferito a quel senso di estraneità quell'ordine di concetti che riguarda «il dubbio che un essere apparentemente animato sia vivo davvero e, viceversa, il dubbio che un oggetto privo di vita non sia per caso animato» (Freud 1919, pag. 88).

Alla presenza del "feto – bambino – sosia – doppio" si accompagna un'importante ridefinizione dell'equilibrio identitario della madre che si trova a «cedere una parte di sé per la nascita di qualcun altro, la cui vita dipenderà per lungo tempo da lei e a cui rimarrà intimamente legata» (Ferraro, Nunziante-Cesaro 1985, pag.78).

Inoltre le alterazioni del proprio corpo possono essere vissute come minacce per la

propria soggettività poiché comportano inevitabilmente una perdita di alcuni aspetti precedentemente sentiti come parti di sé, appendici identificatorie. Possiamo evidenziare che questa mutazione somatica possa essere percepita come contraria o di ostacolo ad una rappresentazione erotica della donna, ad un ideale di bellezza.

La donna, attraverso un lavoro del lutto, dovrà superare la perdita di alcune parti di sé per ridefinire la propria immagine corporea all'interno di una nuova rappresentazione di sé in cui riconoscersi e giungere ad una nuova e piacevole rappresentazione della propria immagine.

Il progetto di gravidanza può essere dunque descritto come processo psicosomatico in seno al quale risulta difficile stabilire il primato del biologico sullo psichico o viceversa; il desiderio di maternità ed il concepimento vanno intesi all'interno di questa circolarità psiche soma.

Maternità: desiderio o bisogno?

« le désir inconscient maternel ne se satisfait complètement d'aucun enfant vivant »

(M. Bydlowski 1989)

Interrogarsi sul desiderio di maternità/paternità vuol dire risalire al desiderio che sottende la riproduzione della specie umana. Come l'ontogenesi ricapitola la filogenesi? Da dove nasce il desiderio di procreare? Qual è il suo ruolo nella costruzione della genitorialità? Quanto il desiderio di genitorialità è legato al tema delle nostre origini, della nostra nascita, del desiderio da cui noi stessi siamo nati? Quale goccia fa traboccare il vaso in una donna che desidera un figlio e come passa da quello che Assoun, già nel 1992, con un gioco di parole, definisce il passaggio da "mia madre" a "me madre"⁵?

Nella realizzazione del desiderio di maternità, la donna riattiva fantasmi e scenari psichici relativi all'itinerario del suo sviluppo sessuale ed identitario, alle relazioni con la madre, al processo di differenziazione da questa e la gravidanza ne rappresenterebbe simbolicamente il passaggio del testimone.

Questo passaggio è reso possibile dall'avvicinamento delle due protagoniste, madre e figlia, attraverso un processo di identificazioni e rispecchiamenti.

È questa la ragione per cui si tende ad attribuire alla gravidanza il carattere di acquisizione e consolidamento dell'identità adulta, attraverso una destrutturazione e ricostruzione della propria identità corporea e dei suoi nuclei pre-edipici ed adolescenziali.

Stern nell'introduzione alla *Nascita di una madre*, propone l'aspetto di rottura insito nel diventare madre come "il risultato del lavoro che ogni donna compie sul paesaggio della propria mente, e il frutto di tale lavoro è l'assetto materno, un campo dell'esperienza intimo e profondo" (Stern 1998, pag. 3).

Il desiderio di maternità è impregnato da altri desideri: d'amore, di trasmissione, di lotta contro la propria finitezza, il desiderio nasce dalla mancanza e non viene mai totalmente saturato dal neonato.

A tal proposito è opportuno distinguere un desiderio di maternità da un desiderio di gravidanza concetti già proposti da Pines (1972) e rivisto dalla Vegetti Finzi (1997,

⁵ Il gioco di parole è più sottile in francese per l'assonanza dei termini « ma mère » e « moi-mère ».

2001). Il desiderio di gravidanza risponde al bisogno narcisistico di dimostrare che il proprio corpo assolve le proprie funzioni biologicamente determinate così come il corpo della madre: costituisce una conferma alla propria identità. Il desiderio di maternità ha a che vedere con la possibilità per la donna di instaurare una relazione con il futuro bambino ed è maggiormente influenzato da aspetti (ed aspettative) socio-culturali.

Sulla stessa scia S. Thanopoulos (2009) definisce il desiderio materno come desiderio passionale in cui entrano in gioco sia una dimensione narcisistica che il riconoscimento della differenza e la responsabilizzazione verso il bambino. L'Autrice ritiene che questo desiderio sia quanto di più autentico e vitale ci possa essere in una donna gravida e permette di articolare responsabilità ed affetto in una dimensione relazionale autentica che non vi sarebbe se prevalesse un atteggiamento responsabile sterile (imitazione pura, falso sé) o unicamente narcisistico.

Il processo generativo appare come un processo naturale e fisiologico, ma pensiamo adesso alla donna che sente negata la sua fertilità e l'esperienza della maternità.

Le condizioni di sterilità ed infertilità⁶ s'interpongono tra il desiderio di un figlio e la realizzazione dello stesso; la donna può percepire il proprio corpo come arido, secco soggetto ad una punizione e portatore di colpa. Per comprendere l'esperienza delle donne sterili è importante sottolineare che, a prescindere dalle condizioni somatiche, il figlio prima di esistere biologicamente regna nell'immaginario della madre (Vegetti Finzi 1997, Ammaniti 1995, Stern 2000); per cui nelle donne sterili, la mente è comunque piena anche se il ventre rimane vuoto. L'esperienza dell'infertilità è quindi segnata dalla "mancanza", intesa come perdita di qualcosa che già esisteva, quel bambino che abita il mondo psichico della donna fin dall'infanzia e che continua la sua vita onirica al riparo da ogni successiva elaborazione, che la Vegetti Finzi ha definito come "bambino della notte", l'alter ego notturno del bambino reale (1990).

⁶ La sterilità è l'incapacità biologica da parte di un uomo o di una donna di contribuire al concepimento dopo 12-18 mesi di rapporti sessuali regolari finalizzati all'atto procreativo. Per infertilità invece si intende l'incapacità di portare a termine una gravidanza fino al momento in cui il feto può avere una vita autonoma, una donna in grado di concepire.

La mancata realizzazione del desiderio di maternità e di gravidanza può adesso trasformarsi in un bisogno pressante di un bambino, un bambino che è sempre stato sempre fantasticato.⁷

Risulta evidente che la donna possa vivere tale condizione come una menomazione e che soltanto attraverso un necessario processo di elaborazione psichica del lutto la sterilità può essere vissuta come una condizione e non come una menomazione. Fava Vizziello suggerisce che è fondamentale un'evoluzione depressiva che consenta alla donna di separarsi dal desiderio irrealizzabile di concepire il "proprio" bambino del desiderio (Antonioli M. E., et al. 2004).

Tale processo, potrà consentire alla donna di investire emotivamente su un futuro e diverso progetto di maternità (adozione, fecondazione assistita...), ma se la donna non avrà compiuto questo importante lavoro interiore, rischierà di restare legata al bambino "della notte" reiterando un'attesa che non sarà mai esaudita.

Rappresentazioni del femminile nella società moderna

⁷ È importante sottolineare la dimensione dell'organizzazione psichica temporale rispetto alla dimensione del bisogno e del desiderio. L'ordine del desiderio si inserisce in una dinamica temporale lineare in cui passato presente e futuro stanno tra di loro in una relazione causale e lineare, in questa organizzazione temporale è possibile una prevedibilità di relazioni causali ed un differimento della propria gratificazione. Il registro del bisogno invece impone un appiattimento delle tre dimensioni temporali sul hic et nunc ogni realizzazione diventa quindi coercitiva, si trasforma in necessità imminente e necessaria, un figlio ad ogni costo !

Abbiamo presentato la posizione del femminile come un complesso e dinamico processo di modellizzazione narcisistica, ma è importante contestualizzare tali processi all'interno della dimensione sociale, culturale ed educativo-familiare in cui sono inseriti e da cui sono influenzati.

Nelle nuove generazioni assistiamo ad una sessualità agita e precoce; le attuali giovani donne sono sessualmente più attive e coinvolte e, proprio per queste caratteristiche, sono meno disposte ad identificarsi in quel movimento di passività erotica ed ad integrarla come una componente strutturale della propria femminilità tipica di una posizione identificatoria culturalmente riconosciuta nelle generazioni precedenti.

Per quanto riguarda la precocità delle pratiche sessuali, le nuove generazioni si sono liberate dal peso dell'interdizione al sesso prima del matrimonio e, quindi, del senso di colpa.

In effetti la verginità femminile, che era considerata come un tabù fino al secolo scorso, ha progressivamente trasformato la sua valenza in un rito iniziatico e necessario nello sviluppo, per cui la norma collettiva accetta la precocità delle pratiche sessuali come elemento di salute nella vita adolescenziale.

Le recenti evoluzioni sociali (crollo del patriarcato, modificazioni della struttura familiare e dei suoi valori, l'incremento del numero dei divorzi, il diverso ruolo di madre) hanno determinato non soltanto una crisi dei sistemi normativi e delle immagini condivise di sessualità e genere ma anche una "perdita del centro", un'estrema solitudine che suscita la minaccia del caos e dell'indifferenziato (Barale, 2003).

Fino al secolo scorso, il sistema dei generi, all'interno della famiglia mononucleare della società industriale, costituiva il permanere di una dimensione feudale costituita su una forte distinzione tra i generi. Oggigiorno, dopo la fuoriuscita dai vincoli di ruolo e di genere, ci troviamo in una fase di "non più" e "non ancora", un misto di incertezze, contraddizioni e paradossi tra i sessi. Tali incoerenze emergono nella massimizzazione dell'importanza delle funzioni genitoriali, massimizzazione incoerente dato l'indebolimento del collante del sistema dei generi, ma che può diventare un tentativo per risanare un'identità smarrita nel mare di possibili identificazioni.

Il disagio postmoderno è alimentato non più da una repressione della sessualità o dagli effetti costrittivi imposti dal sistema normativo sociale sullo strutturarsi dell'identità,

ma, al contrario, il disagio risente del “liquefarsi” degli apparati simbolici e delle strutture collettive della soggettività, che, sebbene nel secolo precedente fossero vissute come vincolanti, tuttavia rappresentavano degli importanti organizzatori identitari.

Si è passati da una società impregnata da sensi di colpa e da fobie nei confronti dei rapporti sessuali, ad una società dove la madre non ha più una funzione interdittoria verso il sesso, anzi assistiamo ad una liberazione di vocaboli, immagini, oggetti finalizzati ad una migliore gestione della sessualità fin da giovani.

Questa emancipazione è relativa se comparata ad altre culture, tuttavia in occidente coesiste con un allungamento dei tempi di studio e con una precarietà lavorativa che rimandano ad una condizione di dipendenza più accentuata.

Oggi giorno la pratica sessuale si impone d’emblée nei processi adolescenziali laddove ieri ancora ne segnava la conclusione, la risoluzione.

L’oggetto dell’incontro può essere percepito non tanto come complementare ma come depositario delle aspettative narcisistiche ed erotiche dell’infanzia; l’investimento dell’altro è sostenuto dalla somiglianza piuttosto che dalla complementarità e dalla differenza. L’altro sesso non viene riconosciuto nella sua singolarità, ma anzi sostiene la completezza bisessuale e si oppone alla rappresentazione di una mancanza.

L’erotismo genitale in questo momento si accompagna ad una capacità di gestire gli affetti non ancora matura ed ad un eco di tracce di erotismo pregenitale, menage anacronistico da cui possono emergere frequentemente sofferenze adolescenziali.

La clinica attuale mostra una grande difficoltà femminile a negoziare questa gestione tra il piacere genitale e l’attaccamento all’altro ed una grande sensibilità alla perdita dell’oggetto ed una confusione degli obiettivi sessuali.

Molti aspetti del panorama post moderno della sessualità e della rappresentazione-uso del corpo riflettono terreno generico di vulnerabilità, incertezza, instabilità narcisistica e diffusione identitaria.

Assistiamo al passaggio da un soggetto che si interroga su sé stesso, sulla propria identità, conflitti, rapporti, differenze, eredità... ad un soggetto caratterizzato da un nomadismo psichico, disperso nei flussi mutevoli che lo attraversano senza il supporto di organizzazioni simboliche sociali forti. In questa mancanza di riferimenti si inserisce il cambiamento della sessualità stessa, la quale rimane comunque un organizzatore

profondo della vita psichica. La disarticolazione tra sessualità e relazione d'oggetto non potrebbe, allora, essere una nuova forma di costrizione culturale?

All'interno di questo magma, si fa strada la fantasia di un uso onnipotente del corpo; corpi performativi, manipolabili, sottratti alla dipendenza pulsionale, puro reticolo di relazioni, corpi testimoni dell'alterità a noi, stessi alle differenze, ai vincoli, alle catene generazionali del tempo (Lo Baido, 2009).

Nei corpi "agiti" dell'epoca post moderna, si esprime un radicale sradicamento ed una altrettanto radicale negazione dell'appartenenza ma al tempo stesso della mancanza. (Barale, 2003)

Inoltre è importante sottolineare come negli ultimi decenni si assista ad uno scivolamento delle patologie da funzionamenti secondari a funzionamenti più arcaici; proliferano le espressioni somatiche attraverso sintomi passeggeri, dolori errabondi, crisi spasmofiliche che non esprimono un conflitto nevrotico nell'ordine del simbolico, ma rispondono prevalentemente a delle problematiche narcisistiche.

Le allergie si sono generalizzate, le lombalgie croniche sono considerate come patologie del lavoro, i disturbi del comportamento alimentare hanno preso il posto delle precedenti crisi di nervi. Tutto ciò non implica un peggioramento delle patologie, ma piuttosto un cambiamento di registro di espressione delle problematiche, come se le dinamiche legate al conflitto lasciassero spazio all'espressione di problemi identitari soggiacenti.

La nostra società rifiuta gli stati d'animo, richiede efficienza e rendimento, nella fantasia di un uso onnipotente del corpo, e di un corpo "agito" dell'epoca post moderna, si esprime un radicale sradicamento ed una altrettanto radicale negazione dell'appartenenza ma al tempo stesso della mancanza.

De M'Uzan propone una lettura del funzionamento psicosomatico come espressione di un particolare tipo di pensiero e rappresentazione del nostro corpo tipico dell'attuale contesto socio-culturale. L'Autore ritiene che il funzionamento mentale si sia evoluto di pari passo con la società, il funzionamento "opérateur", inteso come un deficit di mentalizzazione, rappresenterebbe, secondo l'Autore, lo stile antropologico della nostra contemporaneità.

Paradossalmente l'aumento dell'importanza del corpo, della sua apparenza e della sua cura è direttamente proporzionale ad un deficit della funzione di simbolizzazione e di rappresentazione; il corpo non racconta nulla, si comporta.

De M'Uzan ironizzando sostiene che questo funzionamento è funzionale allo stile di vita e professionale della società attuale; è molto più rassicurante che un pilota di aereo abbia uno stile operatorio piuttosto che tendente all'immaginazione o alla riflessione. Tuttavia secondo De M'Uzan il funzionamento operatorio copre le tracce di quello che osservando il fenomeno dal punto di vista di Green, si potrebbe considerare come una "psicosi bianca" e che De M'uzan chiama invece psicosi attuale, ovvero una psicosi in cui non si sviluppa un delirio ma in cui si riscontra una grave compromissione somatica che protegge dal delirio. (De M'Uzan, 2003)

Il corpo diventa anche oggetto d'arte attraverso diverse forme manipolato e torturato con quelle che possiamo definire opere della carne: tatuaggi, pearking, body builders, scarificazioni, impianti, marcature con il ferro caldo e diversi interventi che hanno come oggetto anche gli organi sessuali. Celebre l'esempio di Gina Pane che si incise le sopracciglia davanti al pubblico offrendo il volto insanguinato o un suo allievo che nell'ambito di uno spettacolo che si tenne nel 1969 dal titolo "Messa per un corpo" confezionò e distribuì un budino fatto con il suo sangue, un altro si fece cucire la bocca e successivamente si strappò i fili... etc... il corpo strappato alla natura può essere sezionato e manipolato a piacimento. All'interno di queste pratiche di manipolazione del corpo sembra che la capacità di simbolizzare sia scomparsa da queste produzioni in cui il corpo è attaccato, trafitto e mutilato; concretamente annientato.

Il distacco del corpo da se stesso coincide con il rifiuto del substrato biologico di cui il corpo costituisce la sede.

Ma che ne è del corpo femminile, della sua vitale espressività, della sua forza comunicativa? Che fine fa il corpo nelle nuove isteriche, nelle anoressiche che denunciano una violenza perpetuata nei confronti del corpo femminile fino alla coincidenza con un corpo morto? Una violenza invisibile che ricorre a ingiunzioni interiorizzate, a "forme invisibili di auto coercizione che hanno separato la donna dai suoi stessi processi vitali: quelli finalizzati alla sopravvivenza individuale, nel caso delle anoressiche, quelli finalizzati alla continuità della specie per quanto riguarda le sterilità

idiopatiche – due patologie che tendono a convergere in un'unica figura, quella del corpo devitalizzato della tarda modernità” (Vegetti Finzi, 1996).

Un altro quesito da porsi è quale sia il modello di donna proposto e promosso dalla nostra cultura? Ed in particolare, qual'è il messaggio inviato dalla cultura mediatica?

Le attuali promozioni identitarie femminili descrivono un profilo ideale di donna: affermata, autosufficiente, sganciata da vincoli e ruoli biologici con libertà di scelta di tempi e modi della maternità, protesa all'impegno professionale, politico e civile. Si tratta comunque di un'immagine non impeccabile che potrebbe risultare anche illusoria.

L'immagine di donna proposta dai mass media è quella di una donna “tradizionale” una donna “chiocciola” riverniciata di modernità. Si promuove un'immagine di donna giovane e bella, elegante, magra, in ottima forma fisica e di buon umore, vogliosa di ridere, capace di disporre del proprio tempo come vuole. Una donna che non risente del doppio carico lavorativo e familiare, né dei comuni conflitti relativi alle dimensioni della maternità, all'invecchiamento etc... . Qualora siano presenti dei disagi, sono ovviamente risolvibili attraverso creme per il corpo che arrestano l'effetto del tempo, integratori alimentari, yogurt speciali; detersivi che puliscono la casa in un minuto mentre la donna balla o si trucca per la sera; merendine appetibili per i bambini che non vedono l'ora di fare la merenda con la mamma.... Etc... .

L'immagine femminile che ne deriva è quella di una donna performativa, capace di realizzare ogni suo desiderio, al di fuori dei limiti della realtà temporale e fisica ed al di fuori anche di una gamma di emozioni e sentimenti che non appartengano alla gioia, alla serenità, alla felicità.

La forte spinta culturale e la richiesta di adesione ad un modello femminile dotato di parametri estetici ed intellettuali tendenti all'ideale, può risolversi in un profilo distonico rispetto alle capacità di efficacia esistenziale, predominio, controllo ritorcendosi contro una reale immagine che non necessariamente rispecchia un'organizzazione femminile matura.

A questa immagine si è aggiunta la trasformazione che il ruolo di madre ha subito negli ultimi anni del secolo passato; a causa di cambiamenti macrosociali come l'approvazione della legge sull'interruzione volontaria della gravidanza nel 1978 e del divorzio nel 1973. Questi eventi hanno dato spazio a possibilità di scelta che hanno

riattivato interrogativi e conflitti nei confronti della maternità e della famiglia. Se il primo dopoguerra è stato caratterizzato da un incremento delle nascite, a partire dal 1965 assistiamo ad una riduzione del tasso di natalità ad una maggiore instabilità matrimoniale (crescenti divorzi e separazioni), a cambiamenti nelle forme familiari (famiglie monoparentali, convivenze) (Di Vita Salerno, 2007) poco coerenti con i modelli familiari tradizionali che invece vengono perpetuati negli spot pubblicitari.

Altri cambiamenti sociali hanno contribuito alla ridefinizione del ruolo materno, basti pensare all'incremento di pratiche di adozione ed affidamento, alla presenza delle "matrigne" nelle famiglie allargate, e soprattutto all'introduzione delle tecniche di fecondazione assistita.

M. Vigneri (2009) sottolinea come nelle ultime due generazioni, le conquiste del movimento femminista si sono aggiunte ai precedenti ed attestati ruoli della donna e ciò ha determinato un conseguente sovraccarico di lavoro ed un sovrapporsi dei piani lavorativi e familiari fino ad una loro possibile confusione. L'eccesso di responsabilità legate al "fare" nelle due sfere, determina pratiche di accudimento fondate principalmente su cure concrete che sul contatto profondo.

Sul piano dell'organizzazione identitaria, ne risulta un mancato o distorto rispecchiamento femminile materno; si propone una maternità operatoria piuttosto che sensoriale, volta alla gestione e risoluzione del tutto e subito attraverso una disposizione alla concessione piuttosto che all'attenzione.

Soluzioni ai desideri mancati: la procreazione medicalmente assistita

In questo contesto culturale lo sviluppo incalzante della Procreazione Medicalmente Assistita ovvero una « medicina del desiderio » alimenta e sostiene l'idea di onnipotenza, di eternità e di un corpo performativo, controllabile e gestibile che oltrepassa l'accettazione di una realtà connotata da tempi, modalità ed impedimenti che non sempre coincidono con l'ideale di un corpo virtualmente onnipotente.

L'infertilità oggi, così frequente, rappresenta un punto di confluenza tra i livelli sociali, biologici ed intrapsichici, terreno di fantasie primitive correlate ad aspetti scissi, terrifici relativi al corpo femminile, alla sessualità, alla gravidanza.

Alla luce delle modifiche strutturali e culturali della famiglia, la mancanza di figli non viene stigmatizzata in negativo dalla società come avveniva precedentemente, una donna senza figli non viene svalutata né colpevolizzata, tuttavia questa può vivere tale condizione come una menomazione narcisistica.

Così l'investimento narcisistico del corpo va visto anche alla luce dell'offerta medico-commerciale che permette di oltrepassare i limiti biologici. In questo contesto la medicina della procreazione ha potenziato l'ideologia di progresso fornendo gli strumenti per consentire una realizzazione individuale che vada dalla contraccezione all'aborto alla fecondazione assistita.

Fino al secolo scorso l'accettazione della naturalità del corso degli eventi condizionava il rapporto con il proprio corpo e manteneva la donna all'interno di un piano di realtà dove l'imprevisto e l'impotenza facevano parte del gioco della vita.

Oggi giorno la maggiore consapevolezza e la possibilità di manipolare la propria condizione biologica, comportano anche una responsabilità della donna rispetto alle proprie scelte/non scelte; responsabilità che può trasformarsi in senso di colpa laddove la possibilità di intervenire non sia supportata da un'altrettanta volontà di intervenire.

L'esistenza viene così medicalizzata (Gori, dl Volgo, 2005) e la grande disponibilità di offerta sollecita la domanda. Il tutto non è estraneo a logiche mercantili, politiche e sociali, basti pensare alle diverse normative di legge che regolamentano la fecondazione assistita, in paesi diversi come per esempio in Spagna⁸ dove vi è una maggiore

⁸ La Spagna è stato uno dei primi paesi europei a votare una legge per regolamentare la fecondazione assistita (Ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida). Dopo il 2000, la Ley 45/2003 ha autorizzato l'uso a fini di ricerca degli embrioni congelati e sancito un limite di 3 ovociti fecondabili in

opportunità di accesso alla procreazione medicalmente assistita. Lo spostamento delle coppie in paesi che offrono una assistenza medica più conveniente rispetto al proprio paese, rientra ancora in questa incessante ricerca di un corpo ideale che denega la reale ed umana connotazione di sé.

Il desiderio è ormai divenuto bisogno e il tutto non è scevro da costi mentali ed economici (si arriva anche a 25.000 euro!) che, non sempre accessibili, incrementano il registro del bisogno e della coercizione all'azione.

Nella sua pratica clinica M. Vigneri ha notato che molte donne in trattamento di fecondazione medicalmente assistita cercano una soluzione artificiale contro una negazione del sessuale e delle paure derivanti da un rapporto conflittuale con il proprio corpo.

Il rischio è che l'offerta medico scientifica attuale, sostenga e consenta un atteggiamento difensivo e razionalizzante nei confronti delle ferite narcisistiche vissute dalla donna con problemi di sterilità. La possibilità di riparare materialmente ed operativamente al "danno" della sterilità, ostacola e permette di evitare un più profondo lavoro di confronto con la perdita e con le diversità (Sertuni D., in Fatigati A., 2005). La sostituzione della ferita narcisistica (sterilità) con operazioni mediche, impediscono di farsi carico del processo della perdita (abbandono del bambino fantasticato). Questa operazionalizzazione permette di evitare i più maturi processi simbolici riguardo alla rappresentazione di sé come deficitaria; via che risulta più semplice e meno dolorosa

ciascun ciclo di fecondazione in vitro. Nel 2006 la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida ha introdotto alcune riforme.

Tra cui :

1)Accesso: consentito per tutte le donne maggiorenni, indipendentemente dal loro stato civile e orientamento sessuale; quindi anche alle single e alle lesbiche. Nessun limite di età per l'accesso a qualunque tecnica. Il consenso del marito è necessario solo se la donna è sposata.

2)Numero di ovociti fecondabili: nessun limite; è però lecito trasferire al massimo 3 embrioni per ciascun ciclo di fecondazione in vitro. Gli altri devono essere necessariamente congelati.

3)Congelamento di embrioni e gameti: legale. Essi possono essere dati per fini riproduttivi o assegnati alla ricerca scientifica, ma andranno distrutti se è scaduto il tempo massimo di conservazione e non si è decisa la destinazione.

4) Donazione di gameti ed embrioni: è consentita in forma gratuita e anonima. I donatori/trici (minimo 18 anni) avranno diritto ad un risarcimento solo per l'impegno fisico e il tempo impiegato; devono essere in buone condizioni, accertate da esami volti soprattutto a certificare l'assenza di malattie ereditarie, genetiche o infettive trasmissibili. Stesse condizioni anche per gameti provenienti da altri paesi. Vietato usare i gameti di uno stesso donatore/trice per generare più di 6 bambini. Vietato e sanzionato gravemente usare per lo stesso transfer embrioni creati con seme di uomini diversi o con ovociti di donne diverse.

per l'economia psichica della persona. La trasformazione della mancanza simbolica in pieno operativo, consente di disconoscere la valenza traumatica e di non entrare in contatto con le reali motivazioni che portano all'agito.

Soltanto riorganizzando questo logos la donna potrà sperimentare la possibilità di colmare quel vuoto che si offrirà a lei come luogo di ri-organizzazione e di nuove rappresentazioni di senso che potranno sostituire le immagini infrante a cui si rifaceva il precedente modello di maternità attualmente scardinato.

Ma bisogna chiedersi a questo punto se sia possibile parlare di desiderio o se non sia meglio definirlo come una tensione all'ideale, che spinge alla ricerca ed all'inseguimento di alternative possibili e per questo necessariamente percorribili.

Potremmo quindi definire il corpo in maniera provocatoria come "il rimosso della contemporaneità" (Vegetti Finzi, 2005; Di Pietro, Tavella, 2006) un corpo sconosciuto e perturbante di cui si potenzia unicamente l'aspetto della vitalità nel pieno diniego della sua reale connotazione mortifera.

Endometriosi: una patologia psicosomatica?

Fino ad adesso abbiamo osservato lo sviluppo femminile come un fenomeno in cui la dimensione somatica e quella psicologica risultano strettamente correlate, abbiamo cercato di offrire un senso psicologico alle modificazioni somatiche pubertarie, abbiamo presentato la gravidanza come un fenomeno psicosomatico ed abbiamo illustrato come l'infertilità possa dar luogo a manifestazioni affettive e cognitive complesse.

Ma tornando all'oggetto della nostra discussione, l'endometriosi, potremmo definirla in maniera più letteraria che medico biologica, una malattia determinata da un eccesso, un "troppo pieno" di sanguinamento, un "troppo del femminile" che trasforma un processo vitale e naturale come quello del ciclo mestruale in processo malato e mortifero.

Nello stato di salute, in genere, il corpo femminile è silente nel suo funzionamento, messo tra parentesi da una scissione fisiologica e funzionale che garantisce alla mente di non sentirne la presenza invadente. Nello stato di malattia, invece, il corpo perde la sua muta esistenza e ponendosi in primo piano afferma la sua presenza che diviene ingombrante, invadente tanto che non è più possibile non sentirlo. Il corpo ammalato, dolente, si presentifica attraverso il dolore che reca in maniera pervasiva e persistente.

L'endometriosi intralcia dunque il processo di femminilizzazione, riattiva una serie di angosce relative alla propria identità di genere e sessuale; impone una ridefinizione della propria immagine del corpo, dell'identità femminile, della sessualità e della funzione generativa, a partire da una alterazione biologica.

L'effrazione della malattia ginecologica nella giovane donna, interviene là dove lei stessa si riconosce nella sua femminilità ed a ciò si accompagnano, inevitabilmente, un corteo di fantasie, vissuti, mobilitazioni difensive, ridistribuzioni degli investimenti emotivi.

L'impossibilità di concepire ed il dolore ai rapporti sessuali può rendere vacillante il terreno dell'identità femminile in cui la donna poggiava precedentemente le proprie sicurezze. Numerose sono le domande che possono sorgere: "come essere donna senza poter essere madre?" e poi "Come essere donna senza avere, o avere con dolore, i rapporti sessuali?" Allo spazio della sofferenza fisica si aggiunge uno spazio di sofferenza psichica.

È bene sottolineare che anche se l'endometriosi insorge in età matura, tuttavia questa può riattivare angosce, antiche ferite e dimensioni affettive relative ai propri processi di

identificazione che, come abbiamo precedentemente detto sono dinamici ed in continua trasformazione.

La donna sterile si confronta con una rappresentazione di sé deficitaria e carente rispetto al modello di donna culturalmente e transgenerazionalmente trasmesso.

A questo punto è possibile considerare l'endometriosi come una patologia psicosomatica? E se sì, in che senso?

Per rispondere a questa domanda ci possiamo rifare al punto di vista di M.-C. Célérier⁹ che supporta la teoria dell'importanza della dimensione funzionale delle espressioni psicosomatiche.

L'Autrice ritiene che non esistano configurazioni psicosomatiche allo stato puro¹⁰ ma osserviamo il risultato della congiunzione di diversi meccanismi con la prevalenza di alcuni su altri e viceversa.

La malattia somatica congiunge contemporaneamente affetti e sensazioni, la sensazione del dolore legato a lesioni fisiche si confonde con la componente somatica del dolore psicologico.

Dolore fisico e sofferenza psichica rischiano di potenziarsi fino a giungere ad una congiunzione mortifera; la loro disgiunzione può favorire un processo di guarigione.

Al di là della dualità tra corpo e psiche, lo studio del fatto psicosomatico può essere osservato a partire da una concezione multifattoriale della vita, della salute e della malattia di un soggetto.

La clinica psicosomatica è una clinica del silenzio, il soma continua ad esprimersi in maniera primitiva, il linguaggio sovrainveste le cose con le rappresentazioni; la parola rimane priva della componente affettiva, alessitimica (a: senza, lexis: parola, thumos: amore, affettività).

I progressi di conoscenza in biologia, immunologia e neuroscienze, lasciano intravedere una possibile comprensione del fatto psicosomatico, tuttavia spesso lo iato tra psiche e soma persiste ancora.

⁹ L'Autrice ha lavorato a Parigi con J.- P. Valabrega e successivamente con M. L. Chertok et M. Sapir che sono gli iniziatori della prima rivista di Psicosomatica alla fine degli anni 1950, di cui M.-C. Célérier è stata caporedattrice per lungo tempo.

¹⁰ basti pensare alla classificazione di H.-F. Dunbar (1934) in tipi di personalità (A-B-C) predittivi di altrettante malattie.

Quando poniamo la questione dell'eziologia organica o psicologica di un fenomeno psicosomatico introduciamo inevitabilmente la dicotomia materia/spirito, soma/psiche e il rischio può essere quello di cadere sia in un monismo (sia spiritualista che materialista) a vantaggio ora del corpo ora della psiche, che in un pensiero dualista altrettanto insostenibile ed enigmatico.

Anche N. Dumet (2002) sposando questa visione multifattoriale sostiene che tutto ciò che riguarda il corpo entra nella possibile definizione di espressione somatica, questa può andare dai sintomi più banali agli attacchi somatici più gravi.

Sicuramente l'elemento comune alle diverse configurazioni somatiche è che non è possibile individuare un significato o delle regole costanti nella loro manifestazione.

Le teorie psicosomatiche non possono rispondere alla questione di come si disorganizza il corpo, la classificazione medica usuale non rende conto della complessità di elementi che entrano in gioco quando qualcuno cade malato

Esiste una logica somatica dell'evoluzione delle malattie somatiche che contempla delle cause esterne, una predisposizione genetica, una fragilità acquisita nello sviluppo, l'età; spesso una congiunzione di fattori determina lo scatenamento della patologia somatica.

Alla stregua di tale logica esplicativa, N. Dumet propone la definizione di "congiunzione esplosiva" per sottolineare il carattere multifattoriale degli elementi necessari ad una disorganizzazione contemporaneamente psichica e somatica.

Si tratta quindi di spostare il vertice di osservazione sull'individuo e non sulla malattia, sono gli esseri umani ad essere psicosomatici e non le patologie.

Nessuno è al riparo da momenti di disorganizzazione somatica, probabilmente alcuni sono più a rischio o predisposti di altri, ma non è possibile individuare una regolarità lineare.

La storia dei problemi somatici o psicosomatici non può essere prevista a priori, la patologia non si può predire più della salute, le risposte al perché avviene una disorganizzazione possono essere date soltanto a posteriori durante un processo di evoluzione e cura.

Le lezioni delle teorie dei livelli emergenti vogliono che un sistema biologico complesso non si possa ridurre alla somma degli elementi che lo compongono, a partire da questa visione, ci piace immaginare l'essere umano, nelle sue componenti somatiche

e psichiche, come un sistema aperto.

Le leggi della fisica insegnano che l'equilibrio dei sistemi aperti può essere totalmente alterato da una minima perturbazione; l'equilibrio psicosomatico dell'essere umano (sistema aperto per il suo corpo che trova al suo esterno l'ossigeno, il nutrimento come gli agenti patogeni, ma anche per la psiche che si apre agli altri ed al diverso) può così essere perturbato da un evento marginale che lascerebbe indenne un'altra persona o la stessa in un altro periodo di vita.

Ciò che sollecita una rottura di equilibri per un soggetto può non rappresentarlo per un altro e persone potenzialmente più fragili psichicamente di altre possono superare delle prove perturbanti per altri senza soffrirne ripercussioni.

Uno stesso problema somatico può avere un valore differente per ciascun individuo ma anche per lo stesso individuo in momenti di vita diversi. Se è vero che degli eventi di vita traumatici possono stimolare l'espressione delle malattie o eventuali acutizzazioni, tuttavia ciò che è traumatico per un soggetto non lo è necessariamente per un altro e ciò che lo è in un dato momento della vita, non lo è necessariamente in un altro momento.

Siamo molto lontani dalla possibilità di comprendere e gestire le dinamiche temporali e l'andamento delle manifestazioni psicosomatiche.

Nel nostro studio affrontiamo quindi il fenomeno dell'endometriosi focalizzandoci sul funzionamento psichico delle donne che ne sono affette; proponiamo dunque una lettura circolare delle relazioni tra la sofferenza somatica e psichica.

Non è soltanto il corpo reale ad essere attaccato, ma soprattutto il corpo immaginario e simbolico.

Nel nostro approccio daremo molta importanza alla storia e al vissuto precedente che donano ampiezza o minimizzano l'impatto di un evento su una persona.

Intervento multidisciplinare: un esempio

Di seguito riportiamo un esempio di intervento multidisciplinare avvenuto all'interno dell'ambulatorio di endometriosi dell'Ospedale Civico ARNAS di Palermo.

L'Ambulatorio Multidisciplinare per la diagnosi e cura dell'Endometriosi è attivo presso l'Ospedale Civico di Palermo dal 2003 e vede coinvolte diverse figure professionali: ginecologi della I e II U.O. di Ginecologia e Ostetricia, due psicologhe volontarie e un'infermiera professionale.

Questa collaborazione è nata all'interno di un progetto di ricerca sul funzionamento mentale, il vissuto psicologico e la Qualità della Vita di donne affette da Endometriosi. Allo scopo di programmare un intervento efficace si è cercato di raccogliere, sia attraverso colloqui clinici, sia attraverso l'EHP-30 (Endometriosis Health Profile-30, di Jones G. et al., 2001), le aree di sofferenza specifiche per l'endometriosi.

Attraverso un'analisi quantitativa e qualitativa è emerso che le aree relative al dolore, controllo dei sintomi/impotenza rispetto ai sintomi, benessere emotivo, supporto sociale, self image, rapporti sessuali, lavoro, rapporto con il curante, infertilità, rapporto con i figli, trattamento, sono particolarmente critiche.

Poiché l'endometriosi è una patologia difficile da scoprire e il decorso e la prognosi sono molto incerte, tutto il quadro clinico ha notevoli ripercussioni sul benessere non solo fisico ma anche psichico, sociale e relazionale della donna.

I temi critici emersi nei colloqui con le pazienti riguardano: l'infertilità, l'impossibilità di dimenticare la propria condizione, la frustrazione di fronte alla prospettiva di non migliorare, la sensazione di aver perduto la propria vitalità, la sensazione di non essere comprese nell'ambiente familiare né in quello lavorativo, il senso d'impotenza di fronte all'imprevedibilità dei sintomi, l'incertezza rispetto al futuro. Comune denominatore risulta, per le pazienti, il vissuto di perdita: del senso di Sé, dell'identità femminile, del desiderio sessuale, della funzione generativa, della speranza dell'aiuto.

Altrettanto problematico risulta il rapporto con il medico legato al faticoso percorso diagnostico che le porta a provare sentimenti di incomprensione, inaiutabilità e rabbia.

Tutto ciò ci ha indotto a progettare un intervento multidisciplinare che possa offrire a queste donne una presa in carico totale, che si occupi della complessità della persona.

L'equipe di lavoro offre all'interno dell'ambulatorio diversi servizi: visita medica specialistica, tecniche diagnostiche sempre più precise, percorsi terapeutici personalizzati, terapie chirurgiche mini invasive, ed un intervento psicologico.

Tale intervento si è andato modificando nel tempo per renderlo sempre più funzionale e rispondente alle richieste, sia implicite che esplicite, delle pazienti.

I servizi da offrire nell'ambito della salute mentale possono quindi essere di diverso tipo come: Gruppi di accoglienza, colloqui di Counselling individuale, focus group.

I gruppi di accoglienza possono essere condotti dall'intera équipe riunita per presentare alle pazienti e ai loro familiari le modalità di funzionamento del servizio. Questo momento è necessario per contenere le ansie che ogni nuova situazione porta con sé.

Le pazienti e i loro familiari hanno così la possibilità di chiarire i propri dubbi, raccogliere informazioni e fare domande.

Nel percorso di counselling individuale viene proposto alle pazienti un incontro settimanale (il primo è contestuale alla prima visita), per una durata totale di 4 incontri, con eventuali colloqui di follow-up. È garantito il segreto professionale e quindi la riservatezza dei contenuti emersi.

Offrire un numero limitato di colloqui può venire incontro alle ansie di quelle pazienti che tendono a vivere la richiesta di aiuto come un fallimento delle loro capacità di "farcela da sole".

Questi colloqui non si configurano come una psicoterapia ma forniscono alla paziente uno spazio di riflessione e di pensiero in cui è possibile dar voce al loro disagio e stimolare l'elaborazione di nuovi significati.

L'obiettivo è quello di offrire alla donna – che spesso vive in un contesto dove lei stessa, i suoi vissuti, i suoi sentimenti sono sottovalutati – uno spazio in cui c'è qualcuno disposto ad ascoltarla, a comprenderla e ad aiutarla.

Un ulteriore obiettivo è quello di attivare nella paziente le sue risorse adattive, sostenere quei movimenti tesi ad una diversa percezione ed accostamento alle difficoltà con cui si confronta e aiutarla a comprendere la natura delle sue ansie che, in questo caso, sono strettamente connesse allo stato di malattia.

Questo intervento, quindi, consente di valutare le risorse interiori, le resistenze, le difese e le motivazioni al cambiamento della paziente con endometriosi e fornisce inoltre un

supporto nei momenti di crisi e facilita l'espressione e la discussione dei vissuti e dei sentimenti.

L'intervento psicologico, soprattutto nei casi di prima diagnosi, mira a favorire il processo di accettazione di adattamento e reazione alla patologia; favorire la compliance con l'équipe curante, la comprensione delle esigenze della cura; sostenere il paziente sul piano emotivo, e nelle strategie di adattamento.

I focus groups rispondono alla necessità implicita ed esplicita nei discorsi delle pazienti, di ricevere un riscontro ed un rispecchiamento da altre donne che vivono la stessa situazione.

Si offre quindi uno spazio di visualizzazione, ascolto e confronto con altre pazienti rispetto a tematiche comuni legate alla malattia, al rapporto con il medico, con i familiari. Nello specifico, all'interno dei gruppi il confronto e i reciproci rimandi hanno dato la possibilità di acquisire maggiore consapevolezza dei propri vissuti, dei propri limiti e, altresì, consentire la valorizzazione delle risorse personali.

Inoltre si è scelto come luogo di incontro proprio il reparto di ginecologia al fine di abbandonare la visione della malattia come unicamente somatica ma anche come disagio psichico, declinando la visione della complessità della persona all'interno dell'intervento che assume così carattere di globalità, efficienza e specificità.

SECONDO CAPITOLO

STUDIO I:

il funzionamento psichico in donne affette da endometriosi

Premessa e obiettivi

L'incontro e la conoscenza clinica delle donne affette da endometriosi mi ha permesso di notare che questa malattia, a causa della sua localizzazione, espressione sintomatica, compromissione funzionale, scarsa conoscenza medico-sanitaria ma anche sociale, comporta una significativa ridefinizione della personalità della donna che ne soffre.

Un elemento esterno « la malattia » mette in discussione determinati aspetti della propria personalità, non soltanto da un punto di vista sintomatologico ma soprattutto funzionale. La donna è adesso obbligata ad inserire una componente “negativa” all'interno del quadro di attributi che definiscono la propria identità; una dimensione di impotenza determinata dall'oggettivo rischio di sterilità e dalle difficoltà nel condurre una spontanea e piacevole vita sessuale a causa della frequente dispareunia.

Ci troviamo davanti ad una clinica del negativo ; la sessualità, anziché essere luogo di espressione della propria soggettività ed intimità relazionale, viene vissuta come un territorio di dolore. La sfera della maternità diventa un'utopia ed una forte marca di malattia.

La dimensione biologica del femminile assume un carattere nocivo e minaccioso; il registro del bisogno si oppone ed intralcia quello del desiderio, costringendo la donna ad una ridefinizione della propria autenticità a partire dalla chiusura di quei percorsi potenzialmente percorribili rispetto alle proprie aspettative di donna sana.

Tuttavia questa ridefinizione non sempre esita in un ritratto armonico di sé ma, può lasciare delle “lacune rappresentazionali” rispetto alla propria immagine.

L'obiettivo è quindi quello di approfondire le articolazioni del rapporto mente-corpo, con particolare riferimento all'esplorazione del funzionamento mentale e del vissuto psicologico delle donne affette da endometriosi.

METODOLOGIA

Partecipanti

Allo studio hanno partecipato 20 donne di età compresa tra 20 e 45 anni ($M= 32.5$, $SD= 5.91$) reclutate presso l'ambulatorio di endometriosi dell'Ospedale A.R.N.A.S. Civico di Palermo nel periodo compreso tra aprile-ottobre 2010.

Le seguenti tabelle (1-4) illustrano le distribuzioni di frequenza e le percentuali per livello di istruzione, stato civile e professione.

Tab 1. Distribuzione di frequenza e percentuali per professione

	Frequenza	Percentuale
Casalinga	5	25
Disoccupata	2	10
Impiegata	3	15
Lib. Profess.	6	30
Studente	4	20
Totale	20	100

Tab. 2 Distribuzione di frequenza e percentuali per stato civile

	Frequenza	Percentuale
Coniugata	13	65
Nubile	6	30
Separata	1	5
Totale	20	100

Tab. 3 Distribuzione di frequenza e percentuali per livello di istruzione

	Frequenza	Percentuale
Elementare	2	25
Media	2	10
Superiore	9	45
Laurea	6	30
Dottorato	1	5
Totale	20	100

Tab. 4 Distribuzione di frequenza e percentuale per donne con figli e senza figli

	Frequenza	Percentuale
Si	14	70
No	6	30
Total	20	100

Strumenti

Il lavoro é indirizzato all'approfondimento del funzionamento psichico generale attraverso colloqui ed il test di Rorschach.

Colloqui

Sono stati tre per ogni paziente

- Durante il primo sono stati esposti i motivi della ricerca sottolineando la necessità di una presa in carico della donna in ogni sua componente che oltrepassi una visione focalizzata unicamente sull'organo malato. Nello stesso colloquio è stato proposto il Test di Rorschach.
- Il secondo incontro è stato un colloquio libero ed esplorativo in cui si è chiesto alla donna di raccontarci la sua storia rispetto alla malattia, al fine di mettere in rilievo le aree soggettivamente salienti per la donna.

- Il terzo colloquio è stato un momento di restituzione dei risultati emersi.
In ogni colloquio abbiamo dato attenzione ai meccanismi di difesa utilizzati dalle donne nell'espressione delle loro storie.

Test di Rorschach

Il test ha permesso di approfondire le modalità simboliche di gestione degli affetti e le modalità di rappresentazione della malattia all'interno dell'organizzazione psichica delle pazienti.

Il ricorso alla prova proiettiva, nell'ambito di patologie somatiche, apre delle questioni teoriche e metodologiche importanti.

Il test proiettivo può essere concepito come una messa alla prova della capacità di simbolizzazione del soggetto, capacità che, nel campo delle patologie somatiche si iscrive nel registro della rottura, della mancanza, quelle che P. Roman chiama "catastrofi di simbolizzazione" (1997a, 1997b).

Queste "catastrofi" secondo l'Autore esprimono una difettualità nei legami tra rappresentazioni di cosa e rappresentazioni di parola ma esprimono anche lo spazio di una riorganizzazione sotto il primato del soma.

Quali sono le catastrofi di simbolizzazione che emergono da protocolli di pazienti con una patologia somatica?

Come il deficit di simbolizzazione si riscontra nel corpo/scena del sintomo? O come il deficit somatico riattiva le strutture stesse della simbolizzazione?

Come lo scacco delle capacità rappresentazionali si inscrivono in un reinvestimento nella direzione somatica attraverso il sintomo?

Come pensare la funzione contenente della pelle che consenta una maturazione sufficiente delle procedure di autosimbolizzazione?

Al fine di pervenire a un'interpretazione psicodinamica globale della personalità, e di mettere in luce le seguenti aree d'interesse:

- ❖ stile di pensiero;

- ❖ organizzazione dell'affettività, dell'angoscia e delle difese;
- ❖ proiezione dell'immagine del corpo e rappresentazione dell'identità corporea.

Abbiamo utilizzato il metodo Bohm per la lettura ed interpretazione del Rorschach (1967) con l'ausilio dei manuali: Passi Tognazzo (1994) , Berengo (1994), Castellazzi (2004), Chabert (1993).

Nell'utilizzo del Rorschach, in quanto strumento proiettivo, facciamo riferimento al concetto di proiezione della gestalt, secondo il quale ognuno di noi, nella strutturazione di uno stimolo non strutturato, proietta il proprio modo di interpretare la realtà.

Nel compito richiesto la possibilità di toccare le tavole, il carattere sfumato delle immagini, il rapporto tra figura e sfondo, la disposizione simmetrica intorno ad un asse centrale, la presenza di diverse stimolazioni cromatiche, sollecitano modalità interne di gestalt e determinano una particolare appropriazione della tavola.

La Chabert (1983) evidenzia due modalità di produzione della risposta: una propriamente percettiva (contenuto formale) e l'altra prevalentemente rappresentativa, basata sull'interdipendenza dell'immagine del corpo e le modalità relazionali avute nel corso dello sviluppo.

Le risposte fornite dal soggetto possono essere lette come condensazioni o sintesi dei vissuti e delle peculiari interazioni con la realtà, tipiche del soggetto; forniscono delle indicazioni relativamente al modo di essere della persona in rapporto alle sollecitazioni interne o esterne.

Queste gestalts permettono al soggetto di individuare sulle tavole tante rappresentazioni quante ne sollecitano le associazioni simboliche elicitate dallo stimolo.

Le modalità di apprensione del materiale dipendono da un personale stile che pone le sue radici nelle prime esperienze percettive del bambino, a partire dalle quali si fonda la capacità simbolica e le potenzialità associative e rappresentative del pensiero.

Una gestalt non è mai riducibile al contenuto né ai contorni delle immagini, ma si tratta di una forma induttrice di un contenitore psichico e trascende, o meglio, precede ogni oggetto concreto e percepito.

Il Rorschach offre al soggetto la possibilità di far dialogare il suo mondo interno ed esterno e di posizionarsi ora in uno ora nell'altro; in questo doppio movimento diviene

anche possibile l'espressione massiccia degli affetti in una espressione liberatoria o catartica.

Inoltre alla base vi sono differenti concezioni del processo di risposta: Hermann Rorschach (1921) descrive il processo di risposta come "un'attività ideativa consistente nell'associare insieme diversi di sensazioni (ovvero le sensazioni attuali generate dalle macchie di inchiostro e le sensazioni memorizzate acquisite in esperienze precedenti e generalmente organizzate in idee o rappresentazioni di idee), definendo il test "un esperimento diagnostico basato sulla percezione" (pag. 30).

Rorschach stesso sostiene che l'interpretazione di forme fortuite non riguarda la funzione immaginativa nel senso di una ricchezza di fantasia; l'immaginazione di cui si tiene conto riguarda principalmente una componente creativa e non riproduttiva del pensiero che si baserebbe sul riconoscimento dello stimolo esterno mediante le tracce mnestiche.

Nina Rausch de Traunbenberg (1868) definisce il test come uno spazio relazionale in cui si realizza la naturale tendenza umana: la rappresentazione di sé.

Secondo Rapaport "ogni reazione di un soggetto è riflessione o proiezione del suo mondo privato [...] ogni azione (o comportamento) di un essere umano reca i tratti caratteristici di una sua costituzione individuale" (Rapaport, 1968, pag. 68-69).

Il significato di proiezione stabilisce una corrispondenza strutturale tra la personalità, intesa come sistema alla base di condotte proprie di una persona e la produttività di questa, in situazioni in cui è dato del materiale da interpretare.

Con la consegna al test, ovvero sollecitare il soggetto ad interpretare lo stimolo in maniera libera, si chiede al soggetto di mettere ordine al caos; tale gesto rimanda ad un vissuto di libertà per l'individuo che di fronte ad uno stimolo non strutturato, ha un ampio spazio di proiezione e di interpretazione e sollecita risorse profonde. Il test mette in gioco la coscienza del valore ipotetico delle risposte tra le varie possibilità che il soggetto ritiene adattabili allo stimolo e le personali modalità di astrazione e simbolizzazione.

Il compito richiesto, la costruzione di un oggetto, è un'operazione complessa e per questo ben si presta a offrire una visione complessa dell'organizzazione di personalità. Le immagini costruite nella situazione test sono coerenti, nello stile, con quelle della

vita quotidiana: da queste, infatti, è costituito il mondo interiore.

C. Chabert insiste sulla doppia direzione della situazione proiettiva: in primo luogo come facilitatore di meccanismi di spostamento che permettono al soggetto di esprimere contenuti inconsci grazie alla mediazione del materiale fornito; in secondo luogo il test rende saliente la riattivazione di modalità relazionali particolari in riferimento alle proprie esperienze. (1983).

P. Roman (1997a, b, c) sostiene che l'insieme delle problematiche personali possono essere attivate da un fondo di intima estraneità del soggetto a contatto con la materialità del test proiettivo (D. Déruvois, 2004).

In questo progetto proiettivo, l'uso del test consente al soggetto di compiere operazioni di simbolizzazione e rappresentazione. Possiamo così intendere l'applicazione di questa metodologia proiettiva come espressione delle rappresentazioni di sé (R. Roussillon, 1998, B. Chouvier 2002).

I processi di simbolizzazione costituiscono il legame centrale tra tutte le forme di corrispondenza psichica; la figurabilità permette il passaggio tra diversi tipi di registri di pensiero e permette una loro articolazione con processi somatici che divengono così esprimibili, le rappresentazioni di parola permettono di articolare una logica dei sensi.

Ciò che caratterizza una catena simbolica, non si riduce a un semplice gioco di contenuti o rappresentazioni, ma la gestalt dei contorni si definisce in principio per la sua funzione contenente ovvero quella funzione che la rende capace di inferire e generare significati e di riportare un gioco simbolico ed associativo all'interno delle forme.

Per la valutazione dei processi di risposta diviene quindi primario considerare l'aspetto formale, attraverso questa dimensione possiamo risalire al funzionamento del pensiero: l'aspetto cognitivo. Tuttavia, per risalire alle caratteristiche della personalità nel suo insieme, è opportuno considerare anche le dinamiche emotive che emergono attraverso l'aspetto sensoriale e cromatico e quelle legate alla modulazione e controllo degli affetti, attraverso la dimensione cinestesica.

Risultati

Indici spoglio al test di Rorschach

Di seguito sono riportati le analisi descrittive e le frequenze relative agli indici del Test di Rorschach secondo la siglatura Bohm. Le tabelle sono organizzate in maniera da evidenziare come le pazienti si distribuiscano all'interno delle diverse fasce di punteggio, per ogni indice, previste dal Manuale. Ad ogni fascia corrisponde un particolare rilievo clinico.

È importante sottolineare che per la comprensione del funzionamento globale della personalità di un soggetto, gli indici rilevati non hanno un valore a sé stante, ma assumono un rilievo in funzione dei restanti indici dell'intero protocollo Rorschach.

I seguenti risultati hanno quindi un rilievo clinico esemplificativo che verrà utilizzato per una riflessione critica sul funzionamento globale della personalità (paragrafo successivo).

Tab. 5 distribuzione di frequenza per i valori dello spoglio

	N soggetti	Min	Max	<i>Media</i>	<i>SD</i>
N°risposte	20	10	22	15,15	3,329
Risp. 8-10	20	3	16	6,50	3,663
Tempo tot.	20	6	20	11,15	3,787
F%	20	16	84	45,35	16,362
F+%	20	38	100	78,35	19,077
G%	20	16	81	48,20	19,476
G+%	20	46	100	80,60	17,904
A%	20	9	85	39,00	18,957
Ban%	20	16	70	40,05	14,827
Orig%	20	0	5	,45	1,395

Tab. 6 distribuzione di frequenza dell'investimento formale (F%) per fasce di punteggio

Punteggio F%	Frequenza	Percentuale
Inferiore alla media (0-59)	17	85%
Media (60-70)	1	5%
Superiore alla media (71-100)	2	10%
Totale	20	100%

L'F% rappresenta la misura dello sforzo di concettualizzazione del dato ed anche la capacità di adattamento alla realtà esterna attraverso la razionalità.

Nel nostro gruppo, l'85% dei casi mostra un insufficiente controllo della razionalità F% <60, Soltanto il 5% delle donne presenta un'adeguata flessibilità del pensiero (F+% 80 <> 85), mentre il 10% utilizza in maniera eccessiva e disadattiva, la sfera della razionalità.

Tab. 7 distribuzione di frequenza dell'investimento formale adeguato al percetto (F+%
per fasce di punteggio

Punteggio	Frequenza	Percentuale
F+% Inferiore alla media (0-79)		
8	8	40%
Media (80-85)		
3	3	15%
Superiore alla media (86-100)		
9	9	45%
Totale	20	100%

L'F+% rappresenta una combinazione perfettamente riuscita tra l'immaginazione e l'aderenza alla realtà, denotando una capacità di andare oltre il dato concreto pur restando aderenti al contesto.

Il 45% delle donne, del nostro gruppo, privilegia meccanismi legati all'intellettualizzazione ($F+% > 86$) che, se da un lato permettono una presa di distanza dall'area emotiva, dall'altro non consentono un'adeguata flessibilità del pensiero nei contesti di vita quotidiana. Soltanto il 15% delle donne mostra un'adeguata ricchezza nell'articolazione della razionalità ($80 < F+% > 85$), mentre il restante 40% manifesta una parziale deformazione della realtà ed uno scarso rendimento intellettuale intralciato da disturbi nell'area dell'emotività.

Tab.8 Tavola di contingenza per livello d'investimento formale (F%) rispetto alla presenza/assenza di figli

		Punteggio F%			
		Inferiore alla media (0-59)	Media (60-70)	Superiore alla media (71-100)	Totale
Figli	No	11(79%)	1(7%)	2(14%)	14(100%)
	Si	6(100%)	0(0%)	0(0%)	6(100%)
Totale		17(85%)	1(5%)	2(10%)	20(100%)

La maggior parte delle donne senza figli (79%) presenta un insufficiente controllo della razionalità ($F\% < 60$), mentre tra le restanti, il 14% ricorre ad un'intellettualizzazione eccessiva ($F\% > 71$), unicamente il 7% dimostra un buon adattamento alla realtà tramite l'utilizzo della razionalità ($60 > F\% < 70$).

Sembra interessante rilevare che il 100% delle donne con figli (seppur in minoranza numerica rispetto alle donne senza figli) manifesta un'incapacità di adattarsi alla realtà attraverso la sfera intellettuale ($F\% < 60$).

Tab.9 Tavola di contingenza per livello d'investimento formale adeguato al percepito ($F+\%$), rispetto alla presenza/assenza di figli

		Punteggio $F+\%$			
--	--	------------------	--	--	--

		Inferiore alla media (0-79)	Media (80-85)	Superiore alla media (86-100)	Totale
Figli	No	5 (36%)	2(14%)	7 (50%)	14 (70%)
	Si	3(50%)	1(17%)	2(33%)	6 (30%)
Totale		8 (40%)	3 (15%)	9 (45%)	20 (100%)

Tra le donne senza figli, il 36% delle pazienti presenta una forte compromissione della sfera della razionalità ($F+\% < 60$), il 50% presenta un iperinvestimento sul pensiero ($F+\% > 70$) e solo il 14% presenta un adeguato adattamento alla realtà.

Tra le donne con figli, il 50% presenta gravi compromissioni della razionalità ($F+\% < 60$), il 33% utilizza meccanismi intellettualizzanti ($F+\% > 70$) ed il 17% ha un buon adattamento del pensiero.

Tab. 10 distribuzione di frequenza delle risposte animali (A%) per fasce di punteggio percentuale

	Percentuali	N
Inferiore alla	40%	8

media (0-34)		
Medio (35-40)	20%	4
Superiore alla media (41-100)	40%	8
Totale	100%	20

L'indice A% offre informazioni rispetto all'adattamento sociale del pensiero e la capacità di riflessione critica.

Nel 40% dei casi il pensiero risulta a tratti incoerente ($A\% < 35$), soltanto il 20% delle donne manifesta di aver internalizzato un senso comune ed una buona capacità di conformarsi alle norme sociali adottando un pensiero critico ($A\% 35 < \rightarrow 40$); il restante 40% presenta una stereotipia del pensiero, tendente ad un conformismo ($A\% > 40$).

Tab. 11 distribuzione di frequenza delle risposte banali (Ban %) per fasce di punteggio percentuale

	Percentuali	N
Inferiore alla	5%	1

media (0-19)		
Medio (20-25)	15%	3
Superiore alla media (26-100)	80%	16
Totale	100%	20

Si considera una risposta Banale in funzione della frequenza con cui questa risposta viene data dalla popolazione generale.

Il Ban% è un indice della capacità del soggetto di adattamento al modo di pensare della media delle persone.

Prevalentemente (80%) le donne del nostro gruppo si dimostrano influenzabili e tendenti al conformismo, a essere sempre dalla parte della maggioranza (Ban%>26). Il 15% denota un adeguato senso comune (20<Ban% >25) ed il 5% presenta uno scarso contatto con la realtà ed una debole partecipazione alla dimensione sociale.

Tab. 12 Distribuzioni di frequenza delle le risposte umane (H%) per fasce di punteggio percentuale

Percentuali	N
-------------	---

Inferiore alla media (0-14)	50%	10
Media (15-20)	15%	3
Superiore alla media (21-100)	35%	7
Totale	100%	20

Le risposte H (umane) indicano la capacità di rappresentare sé stessi all'interno di rapporti interpersonali e riconoscere la propria identità soggettiva.

Nel nostro gruppo il 50% delle donne dimostra una difficoltà nei rapporti interpersonali ed una tendenza ad instaurare rapporti con la realtà al di fuori di ogni coinvolgimento emotivo ($H\% < 15$); Il 35% denota profondi interessi sociali e capacità empatica ($H\% > 21$).

Tab. 13 Distribuzioni di frequenza per Tipo di Risonanza Intima

	Percentuali	N
Coartato	20%	4

Coartativo	35%	7
Ambieguale	5%	1
Extratensivo	20%	4
Introversivo	20%	4
Tot	100%	20

Il Tipo di Risonanza Intima è dato dal rapporto quantitativo tra il numero delle risposte movimento e il numero delle risposte cromatiche.

Nel nostro gruppo, il 55% delle donne presenta un T.R.I. coartato-coartativo, indice di una tendenza a sfuggire dalla fantasia e dall'espressione emotiva a vantaggio della razionalità. Il 20% denota capacità di modulare gli impulsi, di riflettere prima di agire, di differire la gratificazione (T.R.I. introversivo), mentre un'altrattanta parte (20%) mostra una maggiore labilità affettiva che difficilmente viene armonizzata con un pensiero intelligente e creativo (T.R.I. extratensivo).

Solo il 5% presenta un'emotività equilibrata e matura, capace di utilizzare le risorse del mondo esterno ed elaborarle interiormente (T.R.I. ambieguale).

Tab. 14 Distribuzioni di frequenza per Tipo di Colore

	Percentuali	N
Destra	50%	9

Mediano	30%	7
Sinistra	20%	4
Totale	100%	20

Il Tipo di Colore è una proporzione data dal rapporto tra la somma delle FC e la somma complessiva delle CF e delle C; si tratta di un ulteriore indice della capacità di modulare le emozioni.

Nel nostro caso il 50% delle donne presenta un'affettività impulsiva, primitiva e labile, segno di una modalità egocentrica di gestione degli affetti (Tipo Colore: Destra).

Il 20% presenta un'affettività stabilizzata, ben equilibrata ed adattata (Tipo Colore: Sinistra) mentre il 30% denota un'affettività vivace ma non pienamente adattata ed un controllo emotivo inadeguato (Tipo Colore: Mediano).

Tab. 15 Distribuzioni di frequenza per Indice di Realtà

	Percentuali	N
Ipoplastico	30%	6
Apoplastico	25%	5
Normale	35%	7
iperplastico	10%	2
Totale	100%	20

L'indice di realtà è dato dall'insieme delle risposte "reali" specificate dal manuale nelle tavole III, V, VII e X, indica il grado di aderenza alla realtà e di condivisione di tempo, spazio, valori condivisi dalla società di appartenenza.

Il 55% delle donne ha un rapporto turbato con tempo spazio e valori, manifesta un Io debole ed un isolamento dal mondo esterno (I.R. ipoplastico, apoplastico), il 35% ha un buon contatto con la realtà (I.R. normale), ed il 10% è caratterizzato da un'adesione eccessiva alla realtà in maniera pedante e convenzionale (I.R. Iperplastico).

Tab. 16 distribuzione di frequenza per frequenze e percentuali dei modi di apprensione

	N soggetti	Percentuale
<u>G-D</u>	7	35%
<u>G-D</u> <u>Do-DbI</u>	1	5%
<u>G-D-DbI</u>	3	15%
<u>G-D-DbI-Dd</u>	1	5%
<u>G-D-DbI-Do</u>	1	5%
<u>G-D-Dd</u>	2	10%
<u>G-D-Gbl</u>	2	10%
<u>G-DdD</u>	1	5%
<u>G-Gbl-DBL</u>	1	5%
<u>G-Gbl</u>	1	5%
totale	20	100%

Il Tipo di Apprensione ha l'obiettivo di rilevare la modalità abituale di percezione della realtà caratteristica del personale tipo di intelligenza del soggetto.

Nel nostro gruppo prevale un'apprensione G-Gbl, indice di un approccio teorico alla realtà caratterizzato da una forte componente persecutoria, che rappresenta un indice di problematicità del soggetto.

Tab. 17 distribuzione di frequenza dei fenomeni particolari e contenuti

	Percentuale	Frequenza
Choc scuro	100%	20
Choc rosso	95%	19
Choc colore	100%	20
Choc bianco	85%	17
Choc vuoto	55%	11
Critica dell'oggetto	45%	9
Critica della macchia	10%	2
Risp.speculare	85%	17
Rilievo asse centrale	20%	4
Rilievo di simmetria	20%	4
Rifiuto	10%	2
Rifiuto compensato	80%	16
Rifiuto mascherato	90%	18
Risp. Doppio	5%	25
Denominazione colore	5%	1
Perseverazione	65%	13
Illusione somiglianza	35%	7
Choc sex	60%	12
Stupor sex	35%	7
Sex camuffata	20%	4
Contaminazione	40%	8
Risp. complessuale	50%	10
Risp. infantile	25%	5
Risp. Prospettiva	40%	8

Risp. Interrogativ	20%	4
Autocritica	25%	5
Autoriferimento	70%	14
Astrazione	10%	2
Diniego	5%	1
Risp. Oppure	25%	5
Risp. fusionale	10%	2
Annullamento	15%	3
Negazione	10%	2
Intellettualizzazione	40%	8
Razionalizzazione	10%	2
Rimozione	15%	3
Scissione	25%	5
Confabulazione	20%	4
Pelle	30%	6
Abbigliamento	5%	1
Cibo	5%	1
Maschera	35%	7
Intramaculare	50%	10
Chiaroscuro	90%	18
Risp. anatomica	60%	12

Profilo: organizzazione cognitiva e affettiva

Attraverso l'analisi clinica degli indici dello spoglio Rorschach, abbiamo voluto mettere in risalto le modalità simboliche di gestione degli affetti nel nostro gruppo di donne

accomunate dall'endometriosi; condizione in cui il corpo malato si impone sulla mente della donna.

Dall'analisi dei protocolli delle pazienti emerge un approccio teorico astratto alla realtà (tipo di apprensione G-D, (Tab. 17) $G+ \% > 30$ (Tab. 5), uso di Gscombinatcoer), tuttavia il pensiero risulta caratterizzato da una carenza di curiosità e difficoltà ad entrare nei particolari della realtà percepita ($G \% > 30$ e parallelamente $ban \% > 25\%$) (Tab. 5 e 11) Ciò denota una tendenza al conformismo ed un'assenza di riflessione critica sulla realtà che si riscontra anche nell'atteggiamento prudente e disinteressato verso il test. Ne deriva un pensiero scarsamente produttivo (Num. R < 22 , succ ?, assenza di orig, perseverazione 65% dei casi) (Tab. 5 e 11).

Si evince, inoltre, una difficoltà di adattamento alla realtà esterna a causa di un insufficiente controllo della razionalità ($F \% < 60$ nell'85% dei casi $F+ \% > 70$ nel 45% delle donne) (Tab. 6, 7) sfera che risulta maggiormente compromessa in donne senza figli sia sul versante della povertà che su quello dell'intellettualizzazione (Tab. 8, 9).

Il pensiero risulta a tratti incoerente ($A \% < 35$ nel 40% dei casi) (Tab. 10) e tendente ad un conformismo ($ban \% > 25$) (Tab. 11). La mancata gestione della sfera emotiva attraverso i processi di simbolizzazione, rende l'affetto più violento di qualsiasi altra produzione fantasmatica che venga tenuta a distanza attraverso meccanismi di difesa che prevedono forme di simbolizzazione.

L'affetto che non assume uno statuto simbolico, diviene pertanto impensabile ed impensato, perde la sua specificità per trasformarsi in dolore puro e somatico.

A tal proposito Green propone il concetto di desoggettivazione come quel blocco della capacità creativa e di simbolizzazione che si riscontra in soggetti con espressioni di disagio somatico.¹¹

¹¹ L'Autore ritiene che, da un punto di vista evolutivo, il percorso verso la costituzione della nostra identità, si snoda all'interno di un flusso dinamico con gli oggetti e con il mondo esterno. In questo processo è di fondamentale rilievo la creatività e la simbolizzazione come strumenti di donazione di senso e quindi di affermazione della propria soggettività ed individuazione dagli oggetti. È in questo campo che il soggetto trova la sua identità e diversità dall'altro e non può vivere al di fuori di uno scambio. La desoggettivazione consiste in un deficit dei processi di legame tale per cui le produzioni fantasmatiche non vengono rappresentate o configurate ad un livello intrapsichico; restano escluse dall'inconscio attraverso modalità evacuative.

Si tratta quindi di un processo opposto (ma non regressivo secondo l'Autore) ad una evolutiva gestione degli affetti che permette di trattare le proprietà singolari degli oggetti e di interagire con essi nella propria soggettività.

Le potenzialità intellettive della paziente al test, che si può postulare siano almeno nella norma, dato il livello di scolarità raggiunto, sono inibite da un funzionamento mentale che adotta procedimenti difensivi inefficaci. È presente una difficoltà nella gestione della sfera affettiva che spesso appare caratterizzata da angosce primitive (Choc colore nel 100% dei casi, aumento di risposte T VIII-X, choc vuoto nel 55%) (Tab. 17) a componente persecutoria (localizzazioni intramaculari nel 50% delle donne, contenuti maschera nel 35%) (tab. 17).

Sono presenti forti angosce somatiche (risp. Anatomiche nel 60% dei casi RX sempre con autoriferimento) (Tab. 17) ed anche difficoltà rispetto alla sfera della sessualità (svalutazione, choc allo scuro, risposta prospettiva alla Tav. IV) (Tab. 17).

Tali angosce non emergono alla coscienza né sono verbalizzate o riportate come vissuti di disagio, piuttosto le pazienti si assestano su un ripiegamento narcisistico, difensivo e secondario alla malattia volto a proteggere l'Io da una minaccia persecutrice di degradazione fisica.

Inoltre l'umore appare instabile e quando cessano le difese narcisistiche, assume delle connotazioni depressive (Risposte Clob nel 90% e Choc allo scuro nel 100%) (Tab. 17). Nonostante si possa rilevare un umore tendente al polo depressivo, tuttavia non è possibile inscrivere tale manifestazione all'interno di una depressione clinica.

A tal proposito Guignard F., sottolinea come si possa individuare trasversalmente a diverse cliniche del somatico una dimensione "del negativo", manifestazioni cliniche senza parole per la sofferenza (Guignard F., 2001).

Si tratta di uno stato atipico di disagio psichico, legato a una perdita di eccitazione qualunque sia la sua natura; l'esperienza depressiva viene situata al di fuori della categoria del piacere ma anche di quella del dispiacere. Si tratta di una categoria del neutro, del silente.¹²

R. Roussilon (1999) sostiene che nelle condizioni in cui la sfera somatica è portatrice di un disagio, ci potremmo trovare di fronte ad una riproduzione allucinata di esperienze somatiche precoci che non possono iscriversi in quei registri dove la conflittualità rappresenta la traccia non simbolizzata di un'esperienza traumatica precoce, oggetto di rinnegamento primario.

¹² Per la lettura di questa connotazione depressiva « silente » e non verbalizzata, potremmo utilizzare il costrutto di « depressione essenziale » proposto da Marty e rivisto dai diversi Autori della scuola francese. In questi casi, il paziente non presenta sentimenti di tristezza, di dolore o colpa, spesso quest'esperienza viene percepita e descritta con uno stato di fatica o perdita di energia.

È inoltre presente un attrito con l'ambiente ed un atteggiamento oppositivo (Dbl centrali, contenuti Aggressivi), tuttavia attraverso l'importante investimento della sfera cognitiva (Intellettualizzazione 40%, Razionalizzazione 10%, Annullamento 15% Autoriferimenti=70%) (Tab. 17) emerge un tentativo di adattamento sociale del pensiero ($F+>85$) (Tab. 7) ed una adesività a valori socialmente condivisi ($Ban% > 25$) (Tab. 11).

Aggrapparsi regressivamente a un pensiero impersonale conformista e percettivo aiuta la donna a non affondare in un disagio maggiore.

Nonostante vi sia una capacità simbolica, la modalità di pensiero prevalente è di tipo operatorio scevro di affetti e di rappresentazioni; si tratta di un discorso scisso da tutto ciò che accade interiormente nel soggetto, il pensiero e l'azione non sono distinguibili, la persona è interamente presa nelle sue rappresentazioni, non può che agire per mettere a distanza l'affetto.¹³

Si può concepire il funzionamento operatorio non come una struttura invariabile, ma come una modalità adattiva dell'Io legata a certe situazioni traumatiche che possono causare una ferita narcisistica.

Anche la dimensione relazionale è intaccata. Nonostante l'altro sia presente sulla scena psichica e si evinca un bisogno di contatto, tuttavia gli scenari relazionali si animano al riparo dalla relazionalità; emerge in un'incapacità di stabilire un legame intimo e profondo con l'altro da sé e di identificarsi con l'altro, e di rappresentare sé stesso nelle relazioni interpersonali ($H%<14$ nel 50%) (Tab. 12). Questo dato, unito al fatto che

La caratteristica centrale della depressione essenziale, quella di non saper dare un nome ai propri affetti; ciò ci riporta alla dimensione del pensiero, e più propriamente del pensiero operatorio. Il funzionamento mentale che rappresenta il particolare destino degli affetti, la depressione essenziale, coincide con la deformazione del pensiero operatorio.

¹³ Il pensiero operatorio è il risultato di questo processo di « svestimento » della rappresentazione psichica di un quantum di affetto ad essa legata, rappresentazioni ed affetto si slegano ed il pensiero si indirizza verso un'operazione meccanica, una dimensione percettiva svuotata di energia pulsionale. Si tratta di un pensiero fatto di parole « orfane » del loro affetto, è un pensiero neutro, impersonale, conformista ed iperadattato alla realtà percettiva.

L'Io così descritto è un'Io impersonale, che manca di una connotazione complessa della sua identità, Smadja (2001) sostiene che i dubbi relativi alla capacità espressiva delle parole e quindi del pensiero riflettono un più importante dubbio, quello sul sentimento di identità. Il vacillamento identitario si riflette su un vacillamento del pensiero.

spesso rappresentazioni umane sono neutre, non connotate sessualmente, può essere indice di un rifiuto del ruolo femminile e di una posizione identificatoria narcisistica infantile.

Numerose rappresentazioni simboliche rinviano ad una negazione dell'altro e dell'affettività (Autoriferimento, rilievo di simmetria, risp. Speculari, risp. Barriera, contenuti : pelle, oggi, abb, negazione di colore rosso)¹⁴, le relazioni si instaurano in maniera superficiale (risp. Bot, autoriferimenti) (Tab 17).

Ogni segno di alterità comporta una minaccia di intrusione di spoliamento e messa a nudo, anche il segno del desiderio costituisce una minaccia per il soggetto. Il funzionamento operatorio permette di gestire l'altro, il diverso senza un reale e profondo coinvolgimento; prevalgono emozioni parziali dominate dalla transività e dal rischio di annientamento, l'agito permette di difendersi da una distruzione da parte dell'altro e viceversa.

L'affettività risulta quindi caratterizzata da un'estrema coartazione e controllo (TRI coartativo, coartato 55%,) ma in alcuni casi il controllo cede il passo alla labilità affettiva (T.R.I. extratensivo 20%) (Tab. 13).

Il rigoroso dominio degli affetti, è necessario per mantenere una "beatitudine" narcisistica volta a tenere la donna al riparo da un attacco all'integrità corporea e dalla conseguente ferita alla propria identità. Tuttavia, nonostante gran parte dell'energia psichica sia mobilitata per gestione delle conflittualità, il controllo emotivo rimane comunque inadeguato (Tipo colore destro nel 50% dei casi (Tab. 14) rifiuti compensati nell'80% dei casi (Tab. 17)) e ciò esita in una labilità affettiva ed in episodi di bouffe emotive.

Il rapporto con la realtà, tempo, spazio e valori appare gravemente deteriorato (I.R. Apoplastico o Iperplastico 55% (Tab. 15) Perseverazione 65%, A% < 35 (Tab. 17, 10)) cui conseguirebbe un notevole isolamento dal mondo esterno.

La scarsa fluidità dei processi di pensiero, l'inibizione dell'affettività, il ritiro relazionale producono una ulteriore depauperazione delle risorse psichiche necessarie

¹⁴ La metafora della pelle ci rimanda ai lavori di Anzieu (1985) sulla funzione della pelle alla base della possibilità di istituire una funzione del pensiero.

alla gestione del disagio, comportando un incremento dei livelli di sofferenza psichica con conseguenze negative anche sullo stato di salute generale.

L'analisi dei protocolli Rorschach sottolinea una difficoltà di mentalizzazione anche nei casi in cui il potenziale immaginario sembra ricco.

Le sollecitazioni del mondo esterno sono vissute come degli attacchi al loro corpo e non è possibile lasciarsi andare ad un contatto profondo con le parti più intime di sé.

È il corpo sessuato ad essere attaccato dalla malattia ed è possibile che si attivino dei movimenti anti-depressivi di contro investimento nella dialettica con le figure identificatorie.

Tematiche comuni e difese emerse dai colloqui

Nelle donne affette da endometriosi, il corpo ammalato si impone intrusivamente al pensiero ostacolando l'integrazione di una rappresentazione di sé come donna, come partner e come madre.

Le tematiche sollevate in maniera unanime riguardano proprio questi ruoli ed anche la necessaria ridefinizione della propria persona in funzione della malattia; processo che non è sempre consapevole¹⁵.

Di seguito riporteremo le tematiche comuni, spontaneamente emerse dai colloqui, con particolare attenzione all'organizzazione difensiva degli aspetti ansiogeni.

Nei racconti della loro storia di malate, le donne riportano come primo (in ordine cronologico e di importanza) quello della diagnosi.

Oggi, nonostante gli studi medici e psicologici sull'endometriosi siano in aumento, tuttavia permane ancora scarsa conoscenza sociale e sanitaria che si ripercuote in una gran difficoltà nel riconoscimento della malattia da parte dei professionisti. Le pazienti intraprendono spesso un faticoso percorso diagnostico, spesso da loro chiamato

¹⁵ Mc Dougall parla di penetrazione del corpo nella psiche ma anche di tracce di rappresentazioni psichiche incoscienti di cui una parte continuerà a manifestarsi negli agiti senza avere accesso alle parole.; l'affetto trova in ogni modo una sua testimonianza nel corpo (1982).

« pellegrinaggio » in cui si sottopongono a svariate visite ed analisi; si è stimato che occorrono dai 7 ai 9 anni per riscontrare l'eventuale presenza della patologia.

Da uno studio condotto su 4 mila donne affette da endometriosi, è emerso che il 47% di queste ha fatto ricorso al consulto di cinque o più medici, prima di ricevere la diagnosi corretta (Ballweg, 2003). *“Il mio ginecologo non l'aveva vista, mi aveva giurato che con l'ovaio policistico avrei potuto avere figli”*.

A causa della eterogeneità dei sintomi, delle svariate localizzazioni e della sovrapponibilità con sintomi relativi ad altre patologie, le pazienti (e di frequente i medici) non riconoscono la natura ginecologica del problema e l'iter diagnostico si snoda anche attraverso ambiti sanitari non ginecologici, gastroenterologi, fisiatri, urologi...). Alcuni malesseri tipici dell'endometriosi vengono molto spesso associati, per esempio, ad una diagnosi di “colon irritabile”, ma in presenza di endometriosi la sintomatologia presenta un andamento ciclico, legato appunto alle fasi ormonali del periodo mestruale.

“Ero asintomatica e sono stata ricoverata d'urgenza ed operata perché le cisti sono scoppiate; la prima volta è stato un chirurgo, la seconda anche se avevo specificato le cose a parole con i medici, non so perché... o forse perché era estate... mi hanno ricoverato in chirurgia. Sono stata operata da chirurghi tutte e due volte, sembrava appendicite, il dolore poteva starci....., forse era un dolore riflesso... .”

Le pazienti sviluppano quindi un sentimento di incomprensione, inaiutabilità e rabbia non soltanto per una preoccupazione relativa alla salute, ma soprattutto perchè la loro sofferenza non viene riconosciuta dai professionisti e quindi non si sentono “legittimate” nella loro identità di “donna malata”, nel loro dolore che viene spesso minimizzato e scambiato per “sofferenza immaginaria”. Ciò le porta ad un sentimento di sfiducia nel prossimo, anche nella medicina *“ io lo sapevo da prima, infatti andavo già ai gruppi X, lo capivo dal confronto con le altre... ”*.

Tale incomprensione non deriva unicamente dal campo medico, ma anche dai familiari o dai cari *“avevo strani sintomi, forti dolori, lo dicevo a mia madre ma lei mi diceva prenditi una bustina”*.

Il momento della diagnosi di una malattia rappresenta generalmente un momento critico, carico di paure e angosce per la propria integrità fisica, inoltre a partire da

questo momento sarà necessaria una ridefinizione della propria immagine di sé che da ora in poi includerà la nuova condizione di “persona affetta da...”.

La diagnosi assume quindi un doppio valore; nonostante rappresenti un momento doloroso in cui si viene a conoscenza della presenza pervasiva e compromettente di una patologia nella propria vita; essa tuttavia è spesso considerata un momento di sollievo, per la paziente, perché permette di dare un nome e un senso a una condizione di sofferenza rimasta fino a quel momento senza una spiegazione apparente.

Con lo “svelamento” diagnostico la donna affetta da endometriosi può finalmente vedere la propria sofferenza riconosciuta anche dagli altri (medici, familiari, amici) e quindi comunicarla senza essere fraintesa, inquadrando la propria condizione di dolore entro un quadro morboso ben definito. Le pazienti riportano, come vissuto comune precedente alla diagnosi, il timore che la propria sofferenza non sia una condizione oggettiva ma sia imputabile ad una personale incapacità di tollerare il dolore.

L'accettazione della diagnosi è il primo passo per iniziare un, non sempre facile, percorso di integrazione della malattia come un aspetto della propria identità. Il momento della diagnosi “riabilita” la paziente nel regno degli umani e la ritira da quello dei “malati immaginari” .

In queste situazioni, l'equilibrio fisiologico soma – psiche, subisce un forte stravolgimento; il corpo, viene investito da vissuti depressivi, persecutori, vittimistici, dalla paura del contatto con l'altro da sé, da fantasmi di sterilità. *“sono nervosa, cambiata dentro sono uguale ma mi fa male qui (indica la testa) e qui (indica la pancia) ... Per gli altri che mi conoscono sono sempre la stessa però sono nervosa...mi appunto a tutto ... poi mi metto a letto, piango o mi faccio un giro in macchina... e fumo di più...”*.

La caratteristica tendenza alle recidive, genera nelle pazienti un vissuto di incontrollabilità nei confronti della malattia, come se fosse un essere che vive autonomamente dentro il corpo, fino a sviluppare una vera e propria ansia anticipatoria *“Sì, questo me lo porto dietro dell'endometriosi, l'incertezza ed il non essere io a poterlo programmare... l'unica cosa che mi preoccupa nell'endometriosi è il fatto di non sapere quando torna, per esempio questa estate siamo andati in un'isola ed io*

avevo paura perché, vero è che esiste l'elisoccorso... ma non sarei arrivata subito all'ospedale... non era vicino”.

Assistiamo ad una sofferenza che ha sempre una ricaduta sul soggetto e sulla sua relazionalità; la gestione non è mai individuale e ciò spesso aumenta il peso del senso di colpa vissuto dalle donne. Un recente studio ha rilevato che le risposte fisiologiche allo stress come temperatura della pelle, risposta elettrodermica, elettromiografia erano più intense e prolungate in donne con endometriosi e nei loro parenti, che in donne sane (Victoria Harrison, 2005).

L'incertezza e la paura si riflettono anche nelle relazioni intime, rispetto alla possibilità di avere rapporti sessuali, le ansie relative alla malattia vengono messe avanti *“al mio nuovo ragazzo ho detto subito: “ho l'endometriosi!”” ride “Lo dico prima, perché magari se la persona non ha intenzioni serie...”.*

Uno dei sintomi ad alta frequenza nell'endometriosi è il dolore ai rapporti, sintomo che ha ripercussioni sulla vita di coppia della donna, sulla sua autostima e sulla rappresentazione della propria femminilità nei suoi aspetti seduttivi. ... *“ con il mio ex stavo male, avevamo fatto una vacanza e io mi lamentavo e lui diceva “pare che sono partito con mia nonna!” ride “ora ci rido, ma ai tempi ne ho sofferto, non era per niente comprensivo...”.*

La rappresentazione di sé come donna viene intaccata anche nella sua altra componente fondamentale: la capacità procreativa. Le donne considerano la perdita della funzione riproduttiva come una grave perdita e ferita narcisistica; le donne si vedono private non soltanto delle loro potenzialità biologiche, ma anche della possibilità di desiderare qualcosa che, culturalmente e socialmente, è riconosciuto come forte “marker” dell'essere donna. *“...E come ha preso il fatto di sapere di avere l'endometriosi? ... Come si può prendere una malattia, la cosa più preoccupante era la paura di non avere figli per me ma anche per i miei”.*

Le donne non lamentano tanto una preoccupazione relativa al fatto di essere malate, di dover andare incontro a diversi interventi, di soffrire fisicamente, ma la preoccupazione vivida che raccoglie tutte le attenzioni è in primo luogo riposta su ciò che vivono come un'amputazione ingiusta di una parte di sé: *“Quando ho saputo dell'endometriosi*

pensavo che sarei rimasta in cinta con la fecondazione ed ero tranquilla, non pensavo che sarebbe stato così...” .

La condizione di infertilità viene spesso vissuta con vergogna e senso di colpa, perché la donna sente di peccare rispetto al suo ruolo nei confronti della famiglia del partner oltre che di sé stessa. Il senso di colpa è evidente non soltanto di fronte alla loro oggettiva sterilità, ma anche quando riescono a rimanere incinta naturalmente. Non è detto che si sentano pronte in quel momento ad intraprendere una gravidanza o farsi carico di un neonato, tuttavia sentono incalzante il tempo che passa e le pressioni da parte dei medici rispetto al fatto che quello è il momento buono; così si sentono obbligate a tentarci *“sono rimasta incinta naturalmente, sono stata fortunatissima! E ora i medici dicono che è il momento buono per riprovarci... ma io non me la sento...Però poi mi sento in colpa per mio figlio, per mio marito...”*.

La colpa è vissuta soprattutto nei confronti del partner *“voglio un bambino perché sono felice e sento che lo devo a mio marito, se stesse con un'altra sarebbe padre...e lui lo vuole, me lo chiede adesso e impazzisce per i bambini”*, il quale è costretto a subire una “privazione” delle sue potenzialità, addirittura si trova in molti casi, come dice una paziente, ad *“avere anche lui l'endometriosi”*.

L'errore in questo caso può essere quello di credere che esista un antidolorifico universale e che il bambino desiderato sia questo antidolorifico.

L'incompletezza e la ferita narcisistica, che accusano entrambi, innescano una serie di dinamiche conflittuali a volte disfunzionali nella coppia *“ho obbligato il mio fidanzato a documentarsi...!”*.

L'altra componente importante è quella della vergogna, perché le donne riportano di sentirsi delle donne “diverse” non complete e spesso tengono nascosto, se non agli intimi, il loro disagio *“quando mi chiedono come sto rispondo sempre bene! non mi va di dire le cose di me..... a.... poche sono le persone.. parlo di me solo se sento.... di essere capita, accettata, però non significa che non ci tengo alle persone...”*.

In questo atteggiamento, oltre alla vergogna, traspare una posizione di sfiducia e di paura del prossimo, siamo di fronte ad un ripiegamento narcisistico secondario, funzionale alla protezione dalle possibili relazioni vissute come intrusive e minaccianti; la sterilità viene spesso vissuta come una *“punizione”*. Questo funzionamento compare,

oltre che ai colloqui, in maniera molto intensa al Rorschach attraverso un iperinvestimento delle barriere superficiali (F% alto, risp. Specchio, risp. Barriera, abbigliamento, oggetti, contemporaneamente a delle angosce persecutori). La ferita narcisistica, richiama tutte le energie psichiche del malato su se stesso, determinando un distacco dal mondo: "*Concentrated is his soul in his molar narrow hole*", strofa della poesia di Busch citata già da Freud nel 1914 per sottolineare questo movimento centripeto di una persona malata.

Questo vissuto di inferiorità e diversità, si traduce poi in invidia nei confronti di altre donne o coppie “ *economicamente ce lo possiamo permettere, perché noi no? Provo invidia e gelosia per chi ci riesce e non sono emozioni mie*”.

Le donne con endometriosi vivono come un'ingiustizia il fatto che altre donne rimangano incinte accidentalmente o senza rendersene conto: “ *le altre coppie restano incinte guardandosi....*”. Inoltre presentano una forma di insofferenza verso le donne che praticano l'aborto poiché questo, nonostante costituisca un rifiuto della maternità, rappresenta pur sempre un segno di fecondità. Tuttavia le pazienti sono consapevoli della violenza delle loro emozioni violente e lottano contro di esse “ *mi dispiace perché non sono emozioni che mi appartengono*”.

L'invidia è mista a stati di rabbia: “ *la gente è poco delicata, mi chiedono perché non abbiamo figli... potrebbero capire che c'è un problema?!*” In questa lamentela emerge un'ambivalenza narcisistica, un bisogno di essere compresa ed accettata a fronte però di un atteggiamento di chiusura nei confronti dell'altro.

L'accentramento centripeto delle forze e lo sforzo difensivo per proteggersi da una realtà minacciante, ostacolano il rapporto con spazio, tempo e valori, impedendo un fluido scambio con la realtà.

Le donne, messe davanti alla verità di un corpo malato, presentano delle rigide organizzazioni difensive, funzionali al sostegno della propria identità ferita ed offesa. La ridefinizione della rappresentazione somatica può determinare una redistribuzione degli investimenti psichici in senso regressivo, spesso narcisistico “ *io sono felicissima la mia vita senza mia figlia non avrebbe senso, ha colmato un vuoto in me*”, affermazione contraddittoria da cui traspare un tentativo narcisistico di colmare un vissuto depressivo di “mancanza” identitaria, rinnegato ad un livello di consapevolezza.

Si crea uno spazio di femminilità narcisistica, dove la relazione speculare, il rapporto fragile con l'altro, sembra neutralizzare la differenza ovvero la possibilità di desiderare l'altro; e mantenere una certa costanza nella rappresentazione di sé-altro.

Come evidenziato dal Test di Rorschach, sono spesso presenti delle inibizioni intellettive di natura affettiva; ovvero, a fronte di adeguate potenzialità cognitive, si manifesta un pensiero poco flessibile e stereotipato, carico di effrazioni emotive che generano dei disturbi del pensiero, dei black out in cui la paziente, usando una metafora mediatica, sembra "sconnettersi" dalla realtà *"alle elementari ed alle medie ero brillante adesso non ricordo mai le cose, dimentico tutto, mi attacco alle minuzie e mi innervosisco"*.

L. Slama nel 1987 conia il termine "posizione di ipernormalità" per riferirsi a quelle forme di irrigidimento del pensiero e delle modalità di gestione delle emozioni tipiche in soggetti affetti da malattie croniche fin da giovane età.

Frequentemente i meccanismi di difesa messi in atto appartengono alla sfera dell'intelletto come la razionalizzazione: le donne, nell'eloquio, espongono aspetti importanti come quelli concernenti l'intervento ed alle ricadute della malattia con estremo senso pratico franchezza e razionalità *"ma è inutili chianciri 'u morto"*. L'intellettualizzazione si evidenzia nella ricerca ed acquisizione costante e pressante di informazioni e conoscenze mediche relative alla malattia, spiegazioni nel dettaglio di punture, farmaci, dosaggi etc... . Un ulteriore meccanismo appartenente alla sfera difensiva secondaria è la sublimazione *" non mi interessa la vita sessuale, sono realizzata con la preghiera"*.

In alcuni casi si trova anche una buona dose di umorismo *"Io sono in menopausa chirurgica, per la serie: lasciate ogni speranza o voi che entrate....."* che, mista ad un forte cinismo, è anche funzionale ad una più primitiva gestione di quote di aggressività che si potrebbe verificare attraverso scissione e proiezione.

È molto spesso presente il meccanismo dell'altruismo *"L'ho vissuta bene perché ero io che assicuravo la gente che veniva a trovarmi"*, in alcuni casi, misto a capovolgimento, molte di queste pazienti si dedicano ad operazioni umanitarie e traggono molto sollievo dal mutuo aiuto e dal riconoscimento e rispecchiamento con le altre donne che vivono la stessa patologia.

L'importanza del rispecchiamento si evidenzia attraverso la proliferazione di gruppi ed associazioni di donne su internet, blog, mailing list etc... *“ci siamo trovate... lei è pure così ma basta uno sguardo per capirci...”, “ci confrontiamo sempre tra di noi, ci capiamo ed è bello. Anche non parlando di endometriosi, sappiamo chi siamo e di poterci fidare...”*.

Queste modalità di “aggregazione” e condivisione sociale della malattia, è funzionale al mantenimento narcisistico dell'omeostasi delle pazienti, il confronto con l'altro da se è rifiutato poiché testimone di differenza intrisa a vissuti di inferiorità delle donne.

In un articolo del 2006 l'Autore, ginecologo e moderatore del forum WITSENDO (“We're Interested in Treatment and Support for ENDOmetriosi) conia lo pseudonimo di “corpo-comune” per indicare il fenomeno di ricostruzione e di donazione di senso ad un corpo malato attraverso le narrative condivise delle pazienti e gli interventi del medico-moderatore del forum (Emad M. C., 2006).

L'evitamento del contatto sostiene così meccanismi di repressione degli affetti disturbanti *“certi argomenti, il parlare dei bambini da parte delle amiche, le domande sul perché non ho figli mi danno fastidio. Per questa ragione ho perso delle amicizie.”*

Altri due meccanismi frequenti sono spesso l'idealizzazione e la svalutazione (a sostegno dell'accentramento narcisistico) che emergono sempre nelle descrizioni degli svariati medici che le pazienti hanno passato in rassegna... ovviamente il medico attuale è il migliore, gli altri sono da denuncia *“ora sono seguita dal Dottor X... mi trovo bene, anche se è giovane è specializzato sull'endometriosi. ...a quello di prima non gli ho nemmeno mandato i risultati... ma in questi casi uno le prova tutte... “ci siamo andate tutte...”*. *“Il mio dottore, il Dottor Y, è un nome! ... è molto bravo, lei lo conoscerà!”*.

Tuttavia, nei casi in cui la malattia ha letteralmente e metaforicamente dilaniato il corpo e la mente della donna, s'impongono meccanismi difensivi di natura prevalentemente primitiva. Mi riferisco a donne affette da endometriosi sintomatica fin dai primi anni della loro vita fertile con diverse localizzazioni della malattia e ripetuti interventi che hanno quindi vissuto la loro femminilità sotto l'egida del dolore e della sofferenza. Un elemento significativo è anche il fatto che quest'ultima tipologia di donne è spesso single, non ha avuto relazioni di coppia significative o a volte non ha neanche avuto rapporti sessuali e vive con i genitori fino a tarda età mostrando un forte attaccamento

alla madre. Tale ritorno nelle braccia materne è in un certo senso la prova di come la condizione di sterilità esaspera conflitti e insicurezze della donna nei confronti della propria femminilità, turbando l'antica identificazione tra la donna e la madre, prima figura di riferimento della peculiarità dell'essere donna (Flamigni, Mutinelli, 2001). Questo processo può anche essere interpretato come un movimento regressivo o come un'identificazione adesiva della donna rispetto alla capacità riproduttiva della madre, funzione della quale essa è mancante.

La madre si rivela per la paziente nella sua doppia matrice: la genitrice che porta il bambino in grembo, la madre fondata sulle leggi della natura ma anche la madre come portatrice di valori e di modelli femminili, cioè la madre fondata su delle leggi culturali. Così poiché il processo di identificazione e di appropriazione delle caratteristiche femminili della madre è problematico, allora l'identificazione adesiva può essere un modo per entrare in contatto con quelle parti di sé deficitarie.

Se il processo di integrazione della malattia come caratteristica identitaria non si innesca, allora si possono determinare meccanismi scissionali a carattere paranoico-persecutorio per cui la malattia stessa, e le implicazioni che da essa derivano, verrebbe tenuta al di fuori della propria identità, non riconosciuta.

La difficoltà nel riconoscimento della fonte interna delle proprie emozioni e della propria sofferenza può portare all'uso dell'identificazione proiettiva; attraverso questo meccanismo è possibile gestire le proprie quote di angoscia, spesso di tipo aggressivo proiettandole nell'altro come se fosse realmente l'altro ad aver dato vita a tale affetto o impulso inaccettabile *“sa, le persone in questi casi non sanno cosa dire, come se fosse morto qualcuno”*.

Il diniego relativo soprattutto i rischi relativi alla malattia ha funzione protettiva nei confronti di esperienze di angoscia e di minaccia ed in questo caso permette anche di occultare la ferita narcisistica di un corpo leso.

“rispetto la possibilità di avere figli non abbiamo provato, ma sono fiduciosa, l'altra volta c'erano dei follicoli nell'ovaio ... ma mi porrò il problema al momento.... Una cosa per volta...”. In alcuni casi, il diniego può anche essere alla base di una gestione maniacale delle angosce”, gestione che consente la neutralizzazione di un substrato

depressivo¹⁶ *“non ero per niente preoccupata di aver perso un ovaio si figuri che sono uscita dall’ospedale il sabato e la domenica ero uscita con gli amici... e non mi preoccupavo nemmeno per l’aspetto fisico”*.

J. Mc Dougall (1984) con il termine “pensiero disincarnato” descrive forme di pensiero illusorie che danno il senso di inautenticità, ipernormalità, personalità “come se”, pensiero operatorio... tutte forme di pensiero che corrispondono ad un’assenteizzazione del corpo, un tipo di pensiero senza affetti che implica una forclusione dell’alterità fisica e psichica.

Montani (2009) definisce “misera simbolica” una particolare modalità di sofferenza femminile legata alla propria rappresentazione corporea.

L’Autrice sostiene che si tratti di una forma di forclusione degli aspetti legati alla propria sessualità nel reale, questo meccanismo sarebbe quindi alla base di nuclei psicotici all’interno dei quali ha luogo l’impossibilità di pensarsi e riconoscersi nella propria rappresentazione corporea sessuata. La misera simbolica si riferisce ad una particolare rappresentazione del femminile generatrice di disordine. È un tipo di sofferenza che l’Autrice definisce come un nucleo silente dello psichico, dove l’aspetto rappresentativo è carente o è all’opera principalmente un lavoro di deconnessione di significato.

Siamo ancora nell’ordine di una clinica del negativo, non sono presenti sentimenti di tristezza, di dolore o colpa, spesso quest’esperienza è percepita e descritta con uno stato di fatica o perdita di energia.¹⁷

¹⁶ È frequente riscontrare nei soggetti affetti da patologie somatiche un diniego della dimensione somatica a privilegio del pensiero. Il difetto della rimozione e l’impossibilità di distanziarsi dalle proprie rappresentazioni fantasmatiche, lasciano la persona alla mercé delle loro immagini distruttive. (Aulagnier 1986).

¹⁷ Questo modo di essere in rapporto con la forclusione dell’alterità senza che la ferita narcisistica sia necessariamente manifestata grazie all’esclusione della malattia dalla coscienza.

La malattia rappresenta un agire che testimonia l’impossibilità di elaborazione psichica di un mondo interno contenente gli affetti.

L’affetto non presentabile provoca una reazione di iperattivazione o di desiderazione di una funzione corporea responsabile del sintomo che determina il passaggio all’atto. Soltanto il corpo trova il suo posto nella rappresentazione psichica, grazie ad una messa a distanza tale che l’agito non abbia il minimo legame con la sofferenza psichica.

Mac Dougall parla di una forclusione per difetto di rinnegamento, per cui il funzionamento alestitimico aiuta il soggetto a gestire una dimensione affettiva insopportabile attraverso il suo esitamento (1982).

Al polo opposto è possibile anche rilevare tendenze più introversive come quella del ritiro primitivo attraverso cui il soggetto si estrania dalla partecipazione attiva alla soluzione dei problemi, si tratta di una fuga psicologica da una realtà che tuttavia non viene significativamente distorta: “... *quando sto male sono chiusa, tengo tutto dentro, per questo atteggiamento ho perso delle amicizie, ma io sono così quando ho qualcosa aspetto che passi e poi ci possiamo sentire o vedere*”.

Il meccanismo del masochismo merita un approfondimento a parte, può diventare in queste situazioni, un punto di riferimento identitario: il soggetto si assesta in una posizione di persona “sofferente” per espiare la propria colpa. Si tratta di una scelta identificatoria secondaria alla malattia che ha sancito il peccato originale, quello di non poter avere figli.

Questo funzionamento sostiene il processo di fecondazione in vitro. Le stesse pazienti descrivono la fecondazione come una “tortura cinese”: “*È terribile*”. Come dicevamo precedentemente, l’endometriosi è sempre una malattia relazionale, per cui anche il compagno viene coinvolto nella “tortura” della fecondazione “*bisogna fare l’amore a tempi precisi*”.

Nello stato di salute, attraverso il desiderio sessuale, il corpo cerca, l’integrazione in un’esperienza psicologica e si offre al dialogo con la psiche, dialogo che quando si avvera realizza la piena espressione di sé e della propria esperienza al contempo armonicamente corporea e psichica; con la fecondazione assistita la dimensione sessuale non assume nessuno di questi valori.

Nel caso della fecondazione assistita, i rapporti sessuali si trasformano in routine mediche programmate in maniera ossessiva secondo dei ritmi che non contemplano il piacere di condividere un momento di intimità o la possibilità di integrare aspetti psichici e somatici all’interno di un dialogo circolare tra desideri, affetti, sensazioni. Il pensiero si trasforma in azione, non si può che agire per mettersi a distanza dagli affetti intolleranti. La filiazione viene destoricizzata dalla propria linea evolutiva e dal legame con le esperienze passate, per divenire una questione meccanica, che esclude il desiderio e la soggettività.

L’ossessività con cui viene rivestita la sfera sessuale si iscrive all’interno di questa meccanicizzazione della funzione generativa e paradossalmente assume una funzione

protettrice per l'equilibrio psichico della donna, l'accesso al fare, alla tecnica, la pongono al riparo da un affondamento.

Il substrato somatico, prende ancora una volta il sopravvento, la scissione psiche soma è, questa volta, indotta e sollecitata da un'ingiunzione medica e questo può creare delle forti tensioni all'interno della coppia rispetto ai rapporti sessuali *“ad un certo punto lui si è rifiutato, io lo aggredito, lo capisco a mente lucida, ma mi fa rabbia, io mi sottoponevo alle iniezioni e stavo male”*.

Dietro la domanda ufficiale di un bambino “à tout prix” (Delaisi de Perseveral-Janaud, 1983) non necessariamente si cela un reale desiderio di maternità, ma quest'ultimo può essere una reazione antitetica ed oppositiva ad una reale condizione organica che impedisce la possibilità di scelta.

Un ulteriore elemento che può alterare l'assetto narcisistico della donna è la menopausa farmacologica a cui le pazienti vengono necessariamente sottoposte per un periodo di circa sei mesi dopo l'intervento. Come abbiamo esposto nella parte teorica, avere il ciclo mestruale elicitato nella donna una rappresentazione di sé come vera e desiderabile. Le mestruazioni sono così garanti di un'identità femminile. *“Sono andata in menopausa con mia madre!”*. Troviamo in questa denuncia la frustrazione per un'identificazione anacronistica con aspetti appartenenti ad una femminilità tipicamente concepita come depauperata. Le pazienti lamentano così di sentirsi delle donne *“incomplete”* non realizzate relativamente a delle rappresentazioni femminili quali quelle di madre e partner. Inoltre, lamentano di essere costrette a subire gli aspetti più fastidiosi ed indesiderati della biologia come dolori mestruali o menopause farmacologiche temporanee vissute come *“invecchiamenti”* del corpo e dell'anima. Come se, dalla loro biologica femminilità, potessero ottenere soltanto sofferenza e mai gratificazione; *“oltre il danno la beffa”* per dirla con le parole di una paziente.

Riolo (2003) definisce queste effrazioni del reale sul corpo come *“trasformazioni iperboliche”*¹⁸. Nella figura iperbolica l'elemento proiettivo non avendo più un fuoco, viene svuotato del suo significato che probabilmente è congelato e proiettato a migliaia

¹⁸ L'iperbole è per Bion *“un elemento non saturo, un incremento evanescente, il luogo dove una quantità estinta era o sarà, ma non è più o non è ancora .”* (1965, pag. 211).

di anni luce di distanza. Si tratta di una trasformazione in allucinosi, una messa in atto con lo scopo di evacuare una rappresentazione intollerabile per l'omeostasi del sé.

Conclusioni e riflessioni: possibili approcci di intervento

La presa in carico globale della situazione sia nella sua dimensione somatica che psichica, permette una migliore possibilità di affrontare ed alleviare la sofferenza.

Gli aspetti somatici possono essere trattati nella loro specificità (guarire a una malattia, curare una ferita etc...) attraverso un sistema di cura tipico di un modello medico organicistico, che li isola dalla persona sostenendo una modalità scissionale di approccio alla persona.

Rispetto alle donne con endometriosi, che difficilmente denunciano una sofferenza o un disagio psicologico e meno che mai richiedono un intervento rispetto a tali aspetti, è necessario offrire una possibilità di ascolto e di sostegno all'interno degli stessi ambulatori.

Spesso il colloquio psicologico permette di stimolare la donazione di un senso personale alla condizione concreta della malattia e dell'infertilità quando è presente. La possibilità di offrire una sfumatura affettiva a quelle dimensioni che fino a quel momento difficilmente sono state considerate se non nella loro configurazione somatica, può costituire già un primo momento di integrazione tra le varie parti di sé.

Tuttavia l'atteggiamento delle pazienti è spesso refrattario all'attenzione verso la dimensione psicologica e spesso non investono nessun interesse su questo argomento, piuttosto si attendono unicamente azioni e risultati sul corpo, ogni intrusione dello psichico può così essere vissuta come un elemento perturbatore e fuori luogo.

Laddove è presente un disagio emotivo che accompagna il loro stato, è letto dalle donne come dipendente dalla loro condizione di infertilità, risolta la quale si risolverebbe anche la sofferenza psichica.

M-C Célérier (2008) sostiene che in questi casi sia fondamentale un lavoro di accompagnamento psicoterapeutico. L'Autrice ritiene che sia fondamentale prendersi carico dell'ansia, della depressione, del posto che occupa la malattia nella storia del

soggetto e come la dimensione della malattia venga inserita nella rappresentazione di sé. Di contro il lavoro con le pazienti va accompagnato da un lavoro con gli operatori della salute; l'obiettivo di questo intervento è volto a sollecitare una presa di coscienza, per i professionisti, del fatto che esista sempre una dimensione psichica delle malattie somatiche, siano esse funzionali, organiche, benigne o maligne ed incurabili, acute o croniche. Nonostante non si intenda proporre una visione semplicistica e riduttiva delle cose, tuttavia l'intervento con gli operatori della salute è necessario anche a fornire un'operazione di ridimensionamento rispetto alle loro possibilità e capacità di risoluzione dei problemi, che nell'immaginario collettivo spesso coincidono con un'immagine salvifica ed onnipotente delle figure sanitarie.

Dunque, non è ipotizzabile né praticabile un intervento che prescindendo dalla centralità della persona che è il frutto di un complesso intreccio di variabili differenti: generazionali, sociali, psicologiche.

Sul piano scientifico e di intervento ciò si traduce nella necessità di un ampliamento dei punti vista e degli ambiti di applicazione che può trovare nella multidisciplinarietà la possibilità di una visione di più ampio respiro, circolare, che superi la prospettiva meccanicistica la quale concepisce i legami di causa ed effetto come rigidamente lineari.

La parzialità dei punti di vista che guardano agli aspetti medici, psicologici e sociali, deve essere dunque integrata perché diventi un valore clinico che

- 1) rifletta l'unicità della paziente e la sua centralità,
- 2) consenta di guardare alla malattia come ad un evento complesso e globale che investe la totalità della persona e non la parzialità dei suoi organi,
- 3) comprenda e ricomponga, attraverso il contributo di "sguardi" clinici differenti, l'unità della sofferenza delle pazienti che è sempre ad un tempo somatica e psichica e restituisca loro gli strumenti per una sua reale trasformazione.

Un intervento terapeutico adeguato alla "cura" delle pazienti dovrebbe essere rivolto allora non solo agli aspetti biomedici della malattia e alla riduzione del sintomo corporeo, che spesso fallisce scontrandosi proprio con il cronicizzarsi della malattia stessa, ma dovrebbe includere anche la comprensione del funzionamento mentale che lo accompagna, al fine di modificare il circolo vizioso corpo-mente-corpo che lo sostiene.

TERZO CAPITOLO

STUDIO II:

La discrepanza del Sé in donne affette da endometriosi

Premessa

Dall'approfondimento clinico sul funzionamento globale delle donne affette da endometriosi, sono emerse delle difficoltà rispetto alla rappresentazione della propria immagine corporea e rispetto alle componenti identificatorie femminili.

A partire da tali considerazioni si è scelto di approfondire gli aspetti rappresentazionali sull'immagine di Sé, per evidenziare se fossero presenti delle discrepanze tra

dimensioni descrittive della sfera identitaria della donna e se queste discrepanze possano incidere sulla salute mentale della donna.

Obiettivo:

Evidenziare la discrepanza del Sé femminile in donne affette da endometriosi nelle sue componenti “materno” e “seduttivo” e rilevare i possibili effetti di moderazione della discrepanza del Sé sulla relazione tra endometriosi e componente depressiva.

Ipotesi:

La discrepanza del Sé ha un effetto di moderazione sulla relazione che intercorre tra endometriosi e depressione.

Ipotesi di moderazione:

DISCREPANZA DEL SE'



ENDOMETRIOSI ⇒ DEPRESSIONE

In termini più semplici: avere l'endometriosi non è causa in sé di disagio psichico, ma il disagio si manifesta nel momento in cui la donna non riesce a trovare un nuovo equilibrio funzionale rispetto all'essere donna ma anche all'essere donna malata.

Mi sono quindi rivolta alla letteratura per trovare uno strumento/teorizzazione che supportasse tale ipotesi ed ho ritenuto che la Teoria sulla Discrepanza del Sé di T.E. Higgins potesse essere un costrutto adatto.

Costrutto di Discrepanza del sé: Self discrepancy Teory, T. E. Higgins 1987

L'Autore ritiene che la rappresentazione che ognuno ha di se stesso derivi dall'incrocio di tre possibili tipologie di sé (domini): il Sé reale, il Sé ideale, il Sé normativo e due punti di vista: il proprio e quello degli "altri". Per altri intendiamo sia gli altri significativi nella vita del soggetto sia gli altri in maniera più generalizzata. Il sé reale rappresenta il tipo di persona che l'individuo crede di essere realmente, questa rappresentazione di sé può rispondere sia a come il soggetto crede realmente di essere sia a come il soggetto ritiene che gli altri lo ritengono essere realmente. Già William James (1890-1948) (in Jervis, 1984.) elabora il concetto di soggettività, egli riprende il concetto di identità di Locke parlando di persona dal punto di vista esperienziale, come Self. Ritiene che il Self, sia costituito da tre tipi di soggettività tra di loro intrecciate, che definiscono un aspetto della persona:

- 1) la soggettività corporea detta "material Self", è quella legata alla sfera materiale e fisica, il Sé corporeo del soggetto;
- 2) la soggettività sociale, il "social Self"; essa risponde maggiormente ai requisiti di persona così come viene intesa nella cultura romana, l'essere in relazione al ruolo che si interpreta nelle dinamiche sociali;
- 3) lo "spiritual Self", l'essere interiore, ciò che l'individuo è, al di là dell'immagine che offre; la vera essenza di Sé.

Lo stesso Freud costruisce la seconda topica (1923) in base a tre rappresentazioni intrapsichiche di sé. A partire dalle teorie freudiane Schafer (1967) distingue tra le rappresentazioni del Super-Io e coscienza morale dalle rappresentazioni dell'ideale dell'io, le speranze e gli obiettivi.

La teoria sulla discrepanza del sé postula che il Sé sia costituito da diverse rappresentazioni cognitive degli stati del sé a partire dal dominio (reale, ideale o normativo) del sé e dal punto di vista (proprio o altrui).

domini base del Sé :

- il Sé reale che corrisponde alla rappresentazione di attributi che ciascuno crede di possedere realmente;
- il Sé ideale che corrisponde alle rappresentazioni di quegli attributi che ciascuno di noi vorrebbe idealmente possedere (per es. speranze, aspirazioni o desideri);
- il Sé imperativo che corrisponde alla rappresentazione degli attributi che ognuno ritiene sia obbligato a possedere (per es. senso del dovere, obblighi morali o responsabilità).

Un esempio classico di differenza tra ideale del Sé e il Sé imperativo è il conflitto di alcune donne rispetto ai loro desideri di successo professionale e delle altre credenze personali rispetto ai loro obblighi di casalinga e madre.

Secondo l'Autore non basta distinguere tra diversi domini del Sé per individuare le emozioni ad esso correlate. E' possibile quindi distinguere le rappresentazioni dello stato del Sé in base a quale prospettiva venga utilizzata. Per prospettiva intendiamo il punto di vista che riflette un gruppo di attitudini o valori da cui è possibile essere giudicati.

Ci sono due punti di vista fondamentali sul sé: il proprio personale punto di vista e il punto di vista di un altro significativo.

Una persona può avere altrettante rappresentazioni di sé quanti sono gli altri significativi per lui.

Rappresentazioni di sé e loro significato motivazionale

Combinando ognuno dei domini del sé con i due punti di vista, è possibile ottenere sei tipi basilari di rappresentazioni di sé:

reale/proprio,

reale/altrui,

ideale/proprio,

ideale/altrui,

imperativo/proprio,

imperativo/altrui.

In particolare la rappresentazione del proprio sé reale costituisce quello che tipicamente è considerato il concetto di sé.

Le rappresentazioni di sé ideali e imperative costituiscono le direttive standard che guidano l'individuo nel modo di essere, che Higgings et al. nel 1986 hanno definito self-guides.

La teoria sulla Discrepanza del Sé propone che le persone differiscono rispetto alla motivazione nel seguire alcune linee guida piuttosto che altre.

Non tutti possiedono tutte le eventuali linee guida, per es. alcuni possono avere soltanto linee guida imperative mentre altri possono avere unicamente linee guida ideali.

L'Autore sostiene che ognuno di noi è motivato a comportarsi in modo che il proprio concetto di sé si adatti alle sue linee guida personali e rilevanti.

Tipi di discrepanza del sé e qualità del disagio

Secondo l'Autore ogni tipo di discrepanza riflette un particolare stato emotivo che si manifesta in una condizione psicologica patologica. La letteratura scientifica ha ormai confermato che le condizioni psicologiche dipendono non soltanto dalla reale natura degli accadimenti esterni ma anche dalle interpretazioni personali di tali eventi; inoltre ci sono delle differenze individuali rispetto a come gli individui interpretano gli eventi. La risposta emotiva ad una situazione ambientale non è determinata unicamente dalle caratteristiche del contesto, ma dal significato che tale situazione riveste per l'individuo.

L'Autore associa due tipi di condizioni psicologiche negative a due diversi stati emotivi:

- l'assenza di risultati positivi (reali o attesi) che è generalmente associata a emozioni di abbattimento depressive per es. insoddisfazione, disappunto, tristezza;
- la presenza di risultati negativi (reali o attesi) è generalmente associata ad emozioni di agitazione per es. paura, timore e nervosismo. A partire dal confronto tra rappresentazioni di sé attraverso i diversi domini e punti di vista con le linee guida, si ottengono quattro tipi di discrepanze:
 - 1) Discrepanza reale/proprio ideale/proprio: la persona che possiede questa discrepanza è suscettibile a emozioni legate all'abbattimento in particolare possono essere insoddisfatti e frustrati rispetto ai propri desideri ed aspettative che ritengono di non poter realizzare.
 - 2) Reale/proprio ideale/altrui: anche questa discrepanza si iscrive all'interno di una situazione psicologica determinata dall'assenza di risultati positivi dell'approvazione altrui. Le emozioni ad essa correlate sono ancora una volta legate all'abbattimento determinato dal fallimento rispetto ad aspettative che il soggetto in questione ritiene che un altro abbia riposto in lui. Le emozioni in questione sono quindi legate alla vergogna, all'imbarazzo o deflessione dell'umore; mancanza di autostima e preoccupazione di perdere l'affetto altrui.
 - 3) Discrepanza reale/proprio imperativo/altrui: questa discrepanza rappresenta una situazione psicologica generale determinata dalla presenza di risultati negativi come

sanzioni e punizioni derivate dalla violazione di obblighi prescritti da altri. Le emozioni che si manifestano sono correlate all'agitazione. Le persone che vivono questa discrepanza sono vulnerabili a sentimenti di paura, tristezza e timore e queste emozioni intervengono in maniera anticipatoria rispetto al pericolo e questo aspetto può essere anche collegato a sentimenti di risentimento anticipato rispetto al dolore che l'altro potrebbe infliggere.

- 4) Discrepanza reale/proprio imperativo/proprio: anche in questo caso la discrepanza rappresenta una situazione psicologica generale determinata da risultati negativi come autopunizione ed indica che la persona è vulnerabile ad emozioni legate all'agitazione. La persona che soffre di questa discrepanza è vulnerabile a sentimenti di colpa ed inutilità; si verifica quando ritiene di aver trasgredito degli standard morali personali. È associata ad una mancanza di forza e debolezza. Ricordiamo che la colpa differisce dalla vergogna perché il punto di vista giudicante è interno e riguarda degli obblighi morali e non delle aspettative o degli ideali.

Ogni individuo può possedere una qualsiasi combinazione di queste discrepanze o non possederne neanche una.

Inoltre, se una persona possiede più di un tipo di discrepanza del sé potrebbe essere vulnerabile a diverse emozioni, tuttavia le discrepanze non sono necessariamente tutte attive in ugual misura né responsabili di disagio.

Al fine di determinare quali tipi di discrepanza possiede una persona e quali di queste discrepanze possono indurre con maggiore probabilità delle emozioni negative, è necessario considerare i due costrutti di disponibilità e di accessibilità della discrepanza.

La disponibilità di qualsiasi tipo di discrepanza dipende dall'intensità della divergenza tra stati del sé conflittuali.

In genere l'estensione di un tipo di discrepanza può dare la misura dell'intensità del disagio associato a quella discrepanza quando la stessa è attivata.

La probabilità che una discrepanza del sé disponibile venga attivata dipende in primo luogo dalla sua accessibilità ovvero dalla frequenza di attivazione del costrutto.

E' stato dimostrato che più frequentemente un costrutto viene attivato, maggiore è la

probabilità che esso venga usato nell'interpretazione degli eventi (Higgings 1985).

Numerose evidenze indicano che fattori contestuali possono produrre delle differenze individuali temporanee nell'accessibilità dei costrutti e che queste differenze possono produrre svariate reazioni agli stimoli (Higgings, 1981).

Vi sono anche delle differenze individuali croniche relativamente all'accessibilità dei costrutti, ma un costrutto non viene usato per interpretare una situazione se non è applicabile all'evento. Riassumendo, una discrepanza del sé è determinata da quanto recentemente è stata attivata, dalla sua intensità ed applicabilità alle situazioni stimolo. E' importante notare che questi processi avvengono al di fuori della consapevolezza e che la disponibilità e l'accessibilità dei costrutti immagazzinati influenzano in maniera implicita la persona. La misura della discrepanza del sé si basa quindi sulle incongruenze riferite sulla rappresentazione di sé e non sulla consapevolezza di tali incongruenze.

Ipotesi generali sulla Self Discrepancy theory

- ❖ Le differenze individuali rispetto alla disponibilità della discrepanza, potrebbero essere associate con il tipo di disagio sofferto (differenze individuali, vulnerabilità emotiva).
- ❖ La grandezza della discrepanza è direttamente correlata all'intensità del disagio.
- ❖ Se una persona soffre di più di un tipo di discrepanza, probabilmente soffrirà maggiormente dei tipi di disagio associato a qualsiasi sia la/le discrepanza/e più intensa per lui.
- ❖ Il tipo di disagio momentaneo di cui soffre una persona rende maggiormente accessibile un particolare tipo di self discrepancy.
- ❖ La probabilità che un soggetto soffra di un tipo di disagio è direttamente proporzionale all'ampiezza dell'accessibilità della discrepanza

- ❖ Se una persona possiede più di un tipo di discrepanza è probabile che soffra momentaneamente del tipo di discrepanza che è maggiormente accessibile.

L'ipotesi generale che racchiude le precedenti è che l'intensità e l'accessibilità di un particolare tipo di discrepanza che un individuo possiede determinano una maggiore probabilità che l'individuo soffra del disagio emotivo legato a quella discrepanza.

Successivamente, nel 1997, Higgins amplia la Self Discrepancy Theory con La Regulatory Focus Theory. Secondo quest'ultima, il sistema motivazionale di ogni individuo, è a sua volta composto da due sottosistemi motivazionali, chiamati: promotion pride e prevention pride.

Il sistema promotion ha origine nei bisogni istintuali di "nutrimento" inteso come fonte di accrescimento e progresso. Il sistema edenico concepisce il piacere in base alla presenza di risultati positivi (per es. vittorie) ed il dispiacere con l'assenza di risultati positivi (per es. mancate vittorie).

Il sistema prevention è focalizzato sull'ottenimento della sicurezza e acquisizione di responsabilità. Il sistema edenico del polo prevention considera il piacere come un'assenza di risultati negativi (quindi una non perdita in questo caso) ed il dispiacere con la presenza di risultati negativi (e quindi con la perdita).

L'utilizzo dei due sistemi si evidenzia nelle strategie utilizzate per l'espletamento di un compito: strategie basate sulla promozione e quindi sulla ricerca di risultati positivi o strategie basate sull'evitamento di risultati negativi ed adottano un atteggiamento più vigilante.

Higgins mette in relazione il concetto di focus regolatorio con quello di discrepanza del sé e conclude che una soggettiva storia di successo legata ad un atteggiamento di promozione, orienta gli individui verso il mantenimento di questo tipo di strategia nell'approccio alle esperienze. Di contro delle esperienze personali di successo legate alla prevenzione, orientano l'individuo verso delle modalità più vigilianti di approccio ad un nuovo obiettivo.

Il focus regolatorio promotion correla significativamente e negativamente con la discrepanza reale/ideale ma non con la discrepanza reale/imperativo; mentre il focus

basato sulla prevenzione presenta una relazione marginalmente significativa con la discrepanza reale/imperativo. La RFQ non è la misura inversa della SD, entrambe misurano la discrepanza del sé; la SD è determinata dall'interazione tra accessibilità e disponibilità di rappresentazioni incompatibili di sé, si basa su una discrepanza di stato del soggetto e quindi temporanea, influenzabile dagli eventi e quindi modificabile.

La discrepanza del sé basata sul RFQ invece misura una condizione di tratto, ovvero un orientamento verso lo svolgimento di un compito, non dipendente dagli eventi contingenti ma da un stile personale e costante di regolazione del proprio benessere in presenza di compiti in cui il soggetto deve misurarsi.

L'accessibilità del focus regolatorio è indipendente dall'intensità della discrepanza del sé, l'accessibilità cronica di un tipo di strategia nel raggiungimento di obiettivi, può fungere da moderatore tra l'atteggiamento messo in atto e le risposte emotive ad esso correlate a prescindere dal fatto che in quel momento sia presente o meno una discrepanza del sé. (Higgint E.T. 1997)

Attraverso quattro studi l'Autore attesta che le risposte emotive di abbattimento sono moderate dal focus promozione, mentre le emozioni legate all'agitazione sono regolate dal focus prevenzione; questa funzione vale sia per la gli impegni cronici che momentanei nel raggiungimento di obiettivi.

Nel XX Sec. la teoria è stata formalizzata ed ha dato luogo a numerose ricerche in ambito, clinico, sociale, di sviluppo ma anche in ambiti relativi alla sociologia ed alle scienze politiche. Oggigiorno l'articolo di Higgins del 1987 è stato citato 975 volte in otto lingue diverse.

Stato dell'arte della letteratura scientifica degli studi psicologici sulla discrepanza del Sé

Come precedentemente anticipato, la teoria sulla discrepanza del Sé è stata studiata ed applicata in diversi ambiti delle scienze sociali e psicologiche.

A partire dall'iniziale relazione proposta da Higgins (1985) tra discrepanza ideale/reale e deflessione del tono dell'umore da un lato e discrepanza sé imperativo/reale ed agitazione dall'altro, si è sviluppato un filone di studi volti ad individuare le relazioni tra discrepanza del sé e stati dell'umore (Roelofs J. 2009) ed a come il sistema emotivo e la discrepanza intervengano all'interno di un modello multicomponenziale dello stress (Bruch M., et Al. 2000).

Sviluppando le formulazioni iniziali sui sistemi motivazionali (Higgins E. T. 1997) altri studi hanno indagato la relazione tra discrepanza del Sé e sentimenti di colpa e vergogna (June Price Tangney J. P., 1998) ed autostima (Cheung, Ruby Shui Ha 2007).

Un filone di ricerca si è rivolto alle relazioni tra discrepanza del Sé e disagio manifestatesi in situazioni sociali (Amico K. R., 2004) approfondendo anche come le situazioni sociali e culturali influenzino la soddisfazione e la percezione dell'immagine Sé (Bessenoff. 2006a, 2006b).

La teoria è stata applicata anche in ambiti più strettamente legati alla psicopatologia, non soltanto rispetto alle alterazioni del tono dell'umore come predetto dalle iniziali formulazioni, ma anche in relazione a condizioni psicopatologiche di diverso tipo come per esempio le alterazioni cognitive, l'ideazione paranoidea o lo stress (Kinderman P., 2008).

Numerosi studi si sono focalizzati sulla relazione tra discrepanza del Sé ed immagine corporea ed alle sue distorsioni in condizioni di obesità. Kanno et al. riscontrano che soggetti obesi sottoposti ad un dimagrimento durante una dieta riducono i loro livelli di discrepanza reale/ideale (2008).

Lo stesso Higgins (1991) ha studiato la discrepanza del Sé all'interno dei disturbi alimentari; in due studi del 1991 ha rilevato che la discrepanza del sé reale/imperativo personale era associata a comportamenti anoressici mentre la discrepanza del sé reale/imperativo dell'altro era associata con comportamenti bulimici in entrambi i sessi.

Veale et al. (2003) hanno rilevato che pazienti con dismorfismo corporeo mostravano una significativa discrepanza tra il Sé reale sia con il Sé ideale che con il sé normativo. Tuttavia non è stata evidenziata una discrepanza significativa negli stessi soggetti tra i domini del sé e dell'altro. Secondo questi studi, i pazienti con dimorfismo sono più preoccupati dei fallimenti rispetto ai propri ideali che rispetto alle aspettative altrui.

L'attuale ricerca s'inscrive in un filone di studi in cui è stata approfondita la discrepanza del Sé in condizioni di patologia somatica. Negli studi di questo tipo oltre ad osservare la presenza-assenza di discrepanza e le emozioni ad essa correlate, viene approfondito il ruolo della discrepanza all'interno del legame malattia somatica-disagio psichico, volto ad un intervento mirato e specifico per patologia. In questo ambito di applicazione, la rappresentazione del Sé è stata proposta come meccanismo interveniente nel mantenimento del benessere psicologico in condizioni di malattia somatica.

Heidrich et al. (2004) hanno riscontrato che la discrepanza del sé media e modera gli effetti del declino fisico sul benessere psicologico in donne in età avanzata.

Alcuni studi hanno osservato la relazione tra discrepanza del sé in soggetti con dolore cronico, le emozioni presenti e le strategie di coping (Goossens 2009, Water et Al. 2004) hanno riscontrato che pazienti affetti da dolore Low Back cronico presentano una discrepanza del sé sia rispetto all'ideale che agli aspetti normativi. Tuttavia pazienti che presentano un'ampia discrepanza del sé reale/normativo altro, manifestano livelli maggiori di dolore e maggiori livelli di disagio psicologico mentre i pazienti con una maggiore discrepanza reale/ideale presentano un livello maggiore di depressione.

Gli studi sulla discrepanza del sé sono stati effettuati anche in pazienti con problematiche di infertilità. Nel 1994 Kikendall individua le possibili risposte emotive allo stress psicologico indotto dall'infertilità e propone un intervento specifico per paziente in base alla discrepanza che presenta.

La stessa Autrice tre anni dopo (1997) esplora la relazione tra il senso d'identità di una donna e la fertilità attraverso le strategie di coping messe in atto.

METODOLOGIA

Partecipanti

Attualmente allo studio hanno partecipato 137 donne di età compresa tra i 17 e 54 anni ($M= 33$ $SD= 9$) reclutate presso la struttura ospedaliera A.R.N.A.S. Civico di Palermo, presso uno studio di ginecologia privato e presso Facoltà di Psicologia di Palermo, nel periodo maggio 2010- ottobre 2010.

Tab 1. Distribuzione di frequenza e percentuali per professione

	Frequenza	Percentuale
Casalinga	36	26%
Disoccupata	9	7%
Impiegata	23	16%
Lib. Profess.	13	10%
Studente	44	32%
Insegnante	12	9%
Totale	137	100%

Tab. 2 Distribuzione di frequenza e percentuali per stato civile

	Frequenza	Percentuale
Coniugata	60	43%
Nubile	66	48%
Separata	3	3%
Convivente	7	5%
Divorziata	1	1%
Totale	137	100%

--

Tab. 3 Distribuzione di frequenza e percentuali per livello di istruzione

	Frequenza	Percentuale
Elementare	7	5.1%
Media	27	19%
Superiore	39	29%
Laurea magistrale	22	16%
Laurea I livello	40	29%
Dottorato	2	2%
Totale	137	100%

Tab. 5 Tempo medio espresso in anni del periodo che intercorre dalla presentazione dei primi sintomi alla diagnosi in donne affette da endometriosi.

	minimo	massimo	media	S. D.
Tempo diagnosi (anni)	0	17	2.4	3.7

Tab. 6 distribuzioni di frequenza per diagnosi

	Frequenza	Percentuale
Endometriosi	48	36%
Altra patologia	44	32%
Sane	43	32%
Missing	2	
Total	137	100%

Strumenti

Lo strumento ideato da Higgins per la valutazione della discrepanza del Sé è il Selves Questionnaire, tuttavia questo strumento, presenta non poche difficoltà sia nella sua applicazione che valutazione. Per questo motivo nel nostro studio abbiamo utilizzato una versione modificata dello strumento ISDI “integrated Self-Discrepancy Index” (Hardin e Lakin, 2009).

Di seguito esporremo la forma e le modalità di utilizzo del Selves Questionnaire per evidenziarne i limiti.

Il Selves Questionnaire è un metodo ideografico; viene chiesto ai partecipanti di generare una lista di 10 attributi relativi ad ogni aspetto del sé: reale, ideale, normativo. La discrepanza è calcolata comparando gli attributi elencati per ogni paio di rappresentazioni di sé e calcola la differenza tra il numero di attributi tra di loro sinonimi ed il numero di attributi opposti tra di loro. Maggiore è il numero di attributi opposti maggiore sarà la discrepanza. Inoltre ai soggetti viene chiesto di segnare quanto gli attributi scelti li descrivano da un minimo di 1 (non mi descrive per niente) ad un massimo di 4 (mi descrive completamente) rispetto a quello specifico stato del Sé. Quindi è possibile anche attribuire un valore alla discrepanza.

Un’ulteriore aggiunta al questionario è stata quella di fornire una lista di aggettivi proposta alla fine del questionario per aiutare i soggetti in difficoltà nella compilazione del questionario e per offrire una connotazione nomotetica oltre che ideografica allo strumento.

Tuttavia Higgins sostiene che non è possibile utilizzare unicamente la lista preconstituita perché così si eliminerebbe al soggetto la possibilità di esprimere le rappresentazioni di sé a partire dalla disponibilità e dall’accessibilità di queste.

Tale metodologia risulta difficile ai soggetti che riferiscono complesso il compito di generare 60 diversi attributi di sé ed a volte presentano difficoltà nella comprensione della differenza tra aspetti ideali ed aspetti normativi.

Inoltre i ricercatori manifestano una difficoltà nella correzione del test perché per individuare le coppie di attributi sinonimi e contrari, è necessario un vocabolario

Thesaurus e ciò implica un grande impiego di tempo e l'influenza del giudizio soggettivo del ricercatore.

Inoltre il complesso processo di codifica e di attribuzione del punteggio non autorizza a creare una coppia di antinomi laddove un attributo (es. amichevole) compare solo nella descrizione di uno stato del sé (es. reale personale) ma non nell'altro. Ciò non significa che l'attributo in questione non sia presente nell'altra rappresentazione di sé (es. reale altro) ma che sia meno accessibile.

Bolero e Francio (2000) hanno riscontrato che a causa di questo sistema di correzione, lo strumento rischia di non evidenziare la discrepanza laddove è presente.

A causa delle difficoltà riscontrate sono state create altre misure per la valutazione della discrepanza come rappresentazioni grafiche (Francis, Bolero, Sambell, 2006), scale Likert (Carver, et al. 1999; Cheung 1997, Shah 2003, shah, Higgins e Friedman 1998).

Tuttavia, sebbene più semplici per la somministrazione e la valutazione del punteggio, questi metodi ideografici rimangono più aperti a critiche perchè fortemente influenzabili dalle abilità verbali del soggetto.

ISDI “integrated Self-Discrepancy Index” Hardin e Lakin 2009

Lo strumento è così chiamato per mettere in evidenza l'aspetto sia nomotetico che ideografico della misurazione della discrepanza del Sé.

L'integrazione è ottenuta perché al momento della consegna viene chiesto ai soggetti di generare delle liste di aggettivi rispetto ai diversi domini del sé e successivamente viene loro fornita una lista di attributi con i quali possono aiutarsi per colmare le eventuali lacune nelle liste o cambiare aggettivi precedentemente scelti. Inoltre, piuttosto che creare una lista di attributi per individuare il Sé reale, i soggetti possono direttamente offrire un punteggio che determini su una scala likert (da 1 non mi descrive per niente a 5 mi descrive completamente), rispetto a quanto l'attributo lo rappresenti realmente, a prescindere dal punto di vista o dal dominio del sé richiesto.

Infine, aggiungendo il concetto di moralità nella descrizione del sé imperativo, fornita al momento della consegna, i soggetti riescono più facilmente a distinguere quest'ultimo dominio da quello ideale.

Riassumendo, i pregi dell'ISDI sono:

- 1) Cogliere gli aspetti discrepanti maggiormente accessibili al soggetto a partire dalla componente ideografica.
- 2) Gestire meglio i limiti linguistici e la stanchezza dei partecipanti.
- 3) Può essere somministrato a campioni estesi ed essere corretto facilmente
- 4) Prevede una consegna chiara e specifica.

Descrizione dello strumento

In questa versione, Gli Autori hanno aggiunto un ulteriore dominio del Sé per individuare un'ulteriore discrepanza; oltre a domandare la descrizione di aspetti di Sé reali ed imperativi dal proprio punto di vista e dal punto di vista di un altro significativo, al soggetto viene chiesto di fare una lista anche di aspetti di Sé non desiderati da entrambi i punti di vista.

Componente idiografica

Ai partecipanti viene chiesto di fare una lista di 5 attributi rispetto al sé ideale, Sé normativo, Sé non desiderato; successivamente sarà richiesto di fare una lista relativamente gli stessi domini dal punto di vista di un'altra persona significativa.

Componente nomotetica

Dopo aver generato gli attributi per i sei domini richiesti, ai partecipanti viene proposta una lista di 100 aggettivi che i soggetti possono scegliere per completare la loro lista dove siano presenti delle lacune o cambiare gli attributi già scritti. Gli aggettivi sono stati selezionati da una lista di Anderson del 1968 di 555 aggettivi divisa in quartili e 25 parole sono state selezionate a caso in ogni quartile.

La stessa lista viene presentata in ordine alfabetico per ogni dominio del sé solo dopo che i soggetti abbiano tentato di generare le definizioni del Sé in maniera automa.

Modifiche apportate al test

Nella nostra versione al fine di rendere maggiormente salienti gli aspetti legati alla femminilità, abbiamo apportato due modifiche alla lista:

- 1) sono stati aggiunti 20 Aggettivi appartenenti alla lista BSRI Il Bem test (BSRI,

Bem Sex Role Inventory.¹⁹

- 2) Tutti gli aggettivi sono stati presentati in forma femminile.

Scoring

Dopo aver completato la lista di attributi, ai soggetti viene chiesto di tornare alla pagina iniziale e indicare con un punteggio da 1 a 5, quanto ogni aggettivo da loro scelto li descriva realmente.

Per ogni dominio si calcola quindi un punteggio medio che rappresenta l'estensione di quanto il rispondente percepisce simile il suo Sé reale dal Sé ideale o imperativo, tale punteggio invertito offre la misura della discrepanza rispetto a quel dominio.

Per esempio un punteggio di 1 per il dominio ideale/proprio indica che il soggetto si sente molto lontano dagli attributi scelti, e quindi emerge una massima discrepanza dal Sé ideale.

Beck Depression Inventory (BDI) Beck et al.1961

È un questionario self-report per la valutazione dei sintomi e degli atteggiamenti depressivi.

Beck aveva osservato come i pazienti depressi fossero caratterizzati da rappresentazioni negative circa se stessi, le esperienze presenti e il futuro (triade negativa). Egli raccolse le descrizioni fornite dagli stessi pazienti depressi circa i propri sintomi e le raggruppò in 21 sintomi e atteggiamenti.

Tali sintomi e atteggiamenti, considerati caratteristici dei pazienti depressi, costituiscono i 21 item del questionario.

1) tristezza, 2) pessimismo, 3) senso di fallimento, 4) senso di insoddisfazione, 5) senso

¹⁹ Il Bem test (BSRI, Bem Sex Role Inventory) completo consiste in tre gruppi di 20 aggettivazioni che fanno riferimento a caratteristiche ritenute "desiderabili" per il comportamento maschile, femminile e per entrambi. In particolare si è fatto riferimento a 20 aggettivazioni che descrivono i tratti considerati socialmente caratteristici della femminilità. Sandra Bem, per scegliere questi item, è partita da una lista di 400 aggettivazioni (tratti di personalità) riscontrati essere socialmente desiderabili per la mascolinità, la femminilità, per entrambi oppure indesiderabili sia per gli uomini che per le donne.

di colpa, 6) senso di punizione, 7) auto-avversione, 8) auto-accusa, 9) ideazione suicidaria, 10) scoppi di pianto, 11) irritabilità, 12) ritiro sociale, 13) indecisione, 4) cambiamento nell'immagine corporea, 15) difficoltà lavorative, 16) insonnia, 17) affaticabilità, 18) perdita di appetito, 19) perdita di peso, 20) preoccupazioni somatiche, 21) perdita di interesse sessuale.

Per ogni item vengono fornite 4 alternative di risposta che corrispondono alla gravità del sintomo (assente = 0, lieve = 1, moderato = 2, grave = 3).

Esempi di items sono: “non mi sento particolarmente in colpa; mi sento in colpa per buona parte del tempo; mi sento in colpa per la maggior parte del tempo; mi sento sempre in colpa”.

Scoring

il punteggio totale al questionario si ottiene sommando i singoli punteggi dei 21 item. Un punteggio maggiore di 16 è considerato il cut-off per l'allarme clinico.

5 – 9: punteggi normali

10 – 18: depressione lieve

19 – 29: depressione moderata

30 – 63: depressione grave

Procedure

Poiché il test ISDI permette di ottenere una misura della discrepanza del Sé generale, abbiamo creato un indice che ci consentisse di individuare la discrepanza del Sé rispetto alle due dimensioni fondative del femminile, che chiameremo: “materno” e “seduttivo”.

A tale scopo, abbiamo preparato una lista che contenesse tutti gli aggettivi proposti dalle donne durante la compilazione del questionario ISDI. Successivamente abbiamo

sottoposto questa lista ad altre 15 donne e abbiamo chiesto loro di indicare 10 aggettivi tra quelli presenti che fossero maggiormente rappresentativi della femminilità nel senso del “materno” e 10 aggettivi che fossero rappresentativi della femminilità nel senso del “seduttivo”.

Una volta ottenute le risposte abbiamo fatto un’analisi delle frequenze per tipologia di Sé (materno e seduttivo) e abbiamo scelto come indice di ogni tipologia una lista di aggettivi appartenente ai primi due quartili della distribuzione di frequenza. Dopo aver individuato due liste di aggettivi che fossero rappresentativi del “seduttivo” e del “materno” abbiamo verificato in che misura tali aggettivi fossero presenti nelle risposte date all’ISDI dal nostro gruppo di donne. Una volta individuata la presenza e la numerosità di ogni aggettivo per ogni donna, abbiamo calcolato un indice di discrepanza dal femminile “materno” e dal femminile “seduttivo” per ogni rappresentazione del Sé: ideale, normativo, non voluto, sia dal proprio punto di vista che dal punto di vista altrui. In tal modo siamo pervenuti ad un numero di 12 indici della discrepanza del Sé femminile:

punto di vista personale

1. Discrepanza dal Sé *ideale materno* dal proprio punto di vista
2. Discrepanza dal Sé *ideale seduttivo* dal proprio punto di vista
3. Discrepanza dal Sé *normativo materno* dal proprio punto di vista
4. Discrepanza dal Sé *normativo seduttivo* dal proprio punto di vista
5. Discrepanza dal Sé *non voluto materno* dal proprio punto di vista
6. Discrepanza dal Sé *non voluto seduttivo* dal proprio punto di vista

Punto di vista altrui

7. Discrepanza dal Sé *ideale materno* dal punto di vista altrui
8. Discrepanza dal Sé *ideale seduttivo* dal punto di vista altrui
9. Discrepanza dal Sé *normativo materno* dal punto di vista altrui
10. Discrepanza dal Sé *normativo seduttivo* dal punto di vista altrui
11. Discrepanza dal Sé *non voluto materno* dal punto di vista altrui
12. Discrepanza dal Sé *non voluto seduttivo* dal punto di vista altrui

Risultati

Al fine di testare l'effetto di interazione tra discrepanza dal Sé materno e seduttivo, abbiamo utilizzato *delle regressioni multiple di moderazione* (Aiken & West, 1991; Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003) in cui volta per volta abbiamo inserito come dipendente la variabile continua “depressione” e come predittori la variabile “diagnosi” (endometriosi, patologia ginecologica, sane) ricodificata attraverso un *Unweighted-effects coding* e i 12 tipi di discrepanza del Sé (ideale materno, ideale seduttivo, normativo materno, normativo seduttivo, non voluto materno, non voluto seduttivo), dal proprio punto di vista e dal punto di vista altrui; il tutto controllato per età.

I risultati ottenuti con i reattivi somministrati sono stati interpretati in accordo con le indicazioni fornite dai manuali di riferimento (Hardin, E., Lakin, L., 2009; Beck, 1961; Higgins et Al. 1985, 1986, 1987, 1997).

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate attraverso il software statistico R in particolare con i pacchetti Pequod (Mirisola et Al. 2011a) e Deducer (Mirisola et Al. 2011b)

Tabella 1

Analisi di regressione di moderazione che testa l'effetto della **discrepanza del Sé non voluto materno** sulla relazione tra endometriosi/patologia ginecologica e depressione.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²
Step 1				0.10
Endometriosi	2.73	2.01	0.20	
patologia ginec.	-0.21	2.23	-0.01	
discr. Non vol. mater.	-0.32	0.82	-0.54	
età	0.19	0.19	0.16	

Step 2			0.26*
Endometriosi	4.75	2	0.35*
patologia ginec.	-6.61	2.85	-0.48*
discr. Non vol. mater.	-5.50	1.76	-0.93**
endo*discrepanza	5.83	1.87	0.94**
patologia*discrepanza	-11.19	3.45	-1.12**
età	0.42	10.19	0.36*

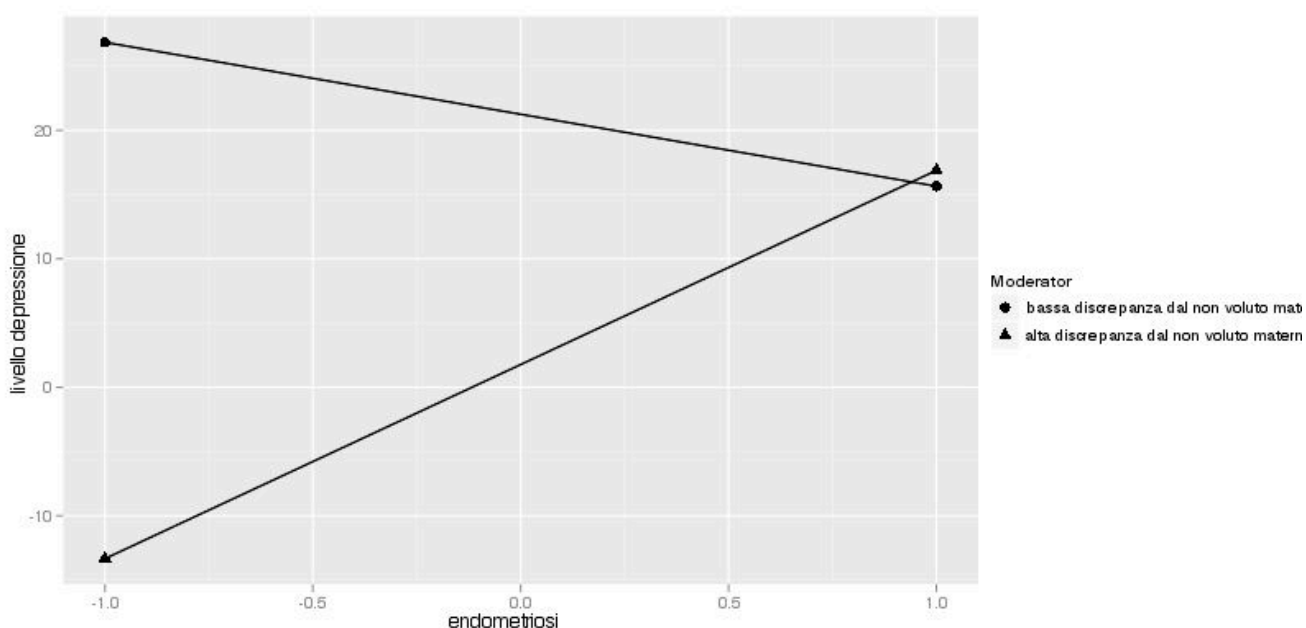
Nota. R^2 = varianza spiegata dallo step 1 e dallo step 2 ; $p < 0.05^*$, $p < 0.001^{***}$

La tabella 1 mostra che allo step 1, non vi sono effetti diretti dei predittori sulla dipendente; aggiungendo al primo ordine le interazioni che coinvolgono la patologia altra, l'endometriosi e la discrepanza dal non voluto materno, si è verificato un significativo incremento nella spiegazione del modello ($F(48) = 2.86$, $p > 0.05^*$). Avere una patologia ginecologica diversa dall'endometriosi, predice significativamente e negativamente la depressione ($\beta = -0.48$ $p = > 0.05^*$); la discrepanza dal "Sé non voluto materno" predice significativamente e negativamente la depressione ($\beta = -0.93$ $p = > 0.01^{**}$); l'endometriosi predice significativamente e positivamente la depressione ($\beta = 0.35$ $p = > 0.05^*$).

L'interazione tra endometriosi e discrepanza dal "Sé non voluto materno" è significativa ($\beta = 0.95$, $p < 0.01^{**}$), ovvero la discrepanza modera la relazione tra l'endometriosi e la depressione.

Una simple slope analyses ci ha permesso di descrivere l'effetto di tale moderazione. Come mostra la figura 1 l'alta discrepanza dal Sé non voluto materno predice significativamente la depressione in donne con endometriosi mentre ciò non avviene nelle donne sane (slope=15.1) ($t(48) = 3.55$, $p < .001^{***}$).

Figura 1



Al contrario, come si evidenzia nella tabella 1, l'interazione tra altra patologia e discrepanza dal "Sé non voluto materno" è significativa ma negativa ($\beta = -1.12$, $p < 0.01^{**}$), ovvero la discrepanza modera la relazione tra la patologia ginecologica e la depressione, prevenendo la ricaduta.

Una simple slope analyses ci ha permesso di descrivere l'effetto di tale moderazione. Come mostra la figura 2 l'alta discrepanza dal "Sé non voluto materno" predice negativamente e significativamente la depressione in donne con patologia ginecologica (slope=-26.41) ($t(48) = -3.19$, $p < 0.01^{**}$) mentre ciò non avviene nelle donne sane che invece, ad alti livelli di discrepanza "Sé non voluto materno" presentano più alti livelli

di depressione. A bassi livelli di discrepanza dal “Sé non voluto materno”, le donne con patologia ginecologica presentano livelli significativamente maggiori delle donne sane (slope=13.17) ($t(48) = 2.79, p < .01^{**}$).

Figura 2

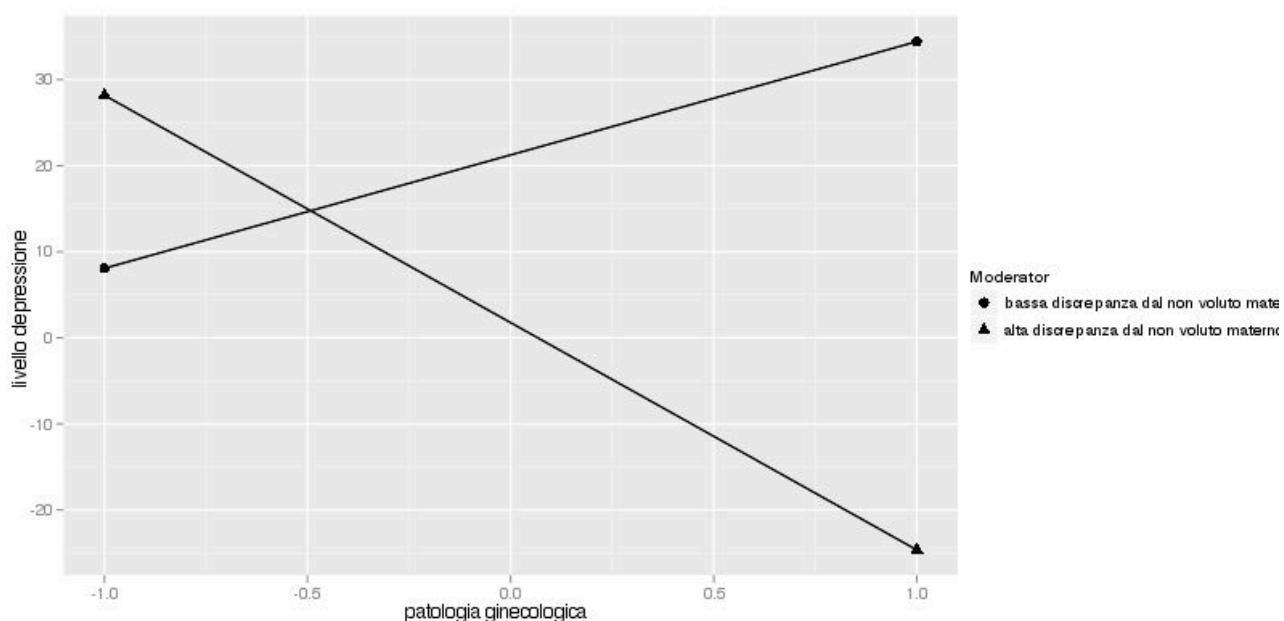


Tabella 2

Analisi di regressione di moderazione che testa l’effetto della **discrepanza del Sé non voluto materno dal punto di vista dell’altra persona** sulla relazione tra endometriosi/patologia ginecologica e depressione.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	R^2
Step 1				
Endometriosi	1.79	1.55	0.14	
patologia ginec.	0.91	1.79	0.07	
discr. Non voluto mat.al	1.23	0.90	0.15	
età	0.12	0.14	0.17	
				0.14*
Step 2				
Endometriosi	3.25	1.62	0.26*	

patologia ginec.	3.38	1.76	0.26
discr. Non voluto mat.al	0.01	0.88	0.01
endo*discrepanza	3.93	1.12	0.44***
patologia*discrepanza	0.48	1.27	0.47
età	0.15	0.13	0.14
			0.29***

Nota. R^2 = varianza spiegata dallo step 1 e dallo step 2 ; $p<0.05$ * $p<0.001$ ***

La tabella 2 mostra che al primo step non vi sono effetti diretti dei predittori sulla depressione; aggiungendo al primo ordine le interazioni che coinvolgono la patologia ginecologica, l'endometriosi e la discrepanza dal non voluto materno dal punto di vista dell'altro, si è verificato un incremento nella significatività del modello ($F(71)= 5.46$, $p>0.001$ ***).

Avere l'endometriosi, predice la depressione ($\beta = 0.26$, $p= > 0.05$ *). L'interazione tra endometriosi e discrepanza dal Sé non voluto materno dell'altro è significativa ($\beta=0.44$, $p<0.001$ ***), ovvero la discrepanza dal non voluto materno dal punto di vista altrui, modera la relazione tra l'endometriosi e la depressione.

Una simple slope analyses ci ha permesso di descrivere l'effetto di tale moderazione. Come mostra la figura 3 l'alta discrepanza dal non voluto materno dell'altro predice significativamente la depressione in donne con endometriosi mentre ciò non avviene nelle donne sane (slope=8.68) ($t(70)=3.80$, $p<.001$ ***). A bassi livelli di discrepanza dal "Sé non voluto materno dell'altro", non vi sono differenze significative.

Figura 3

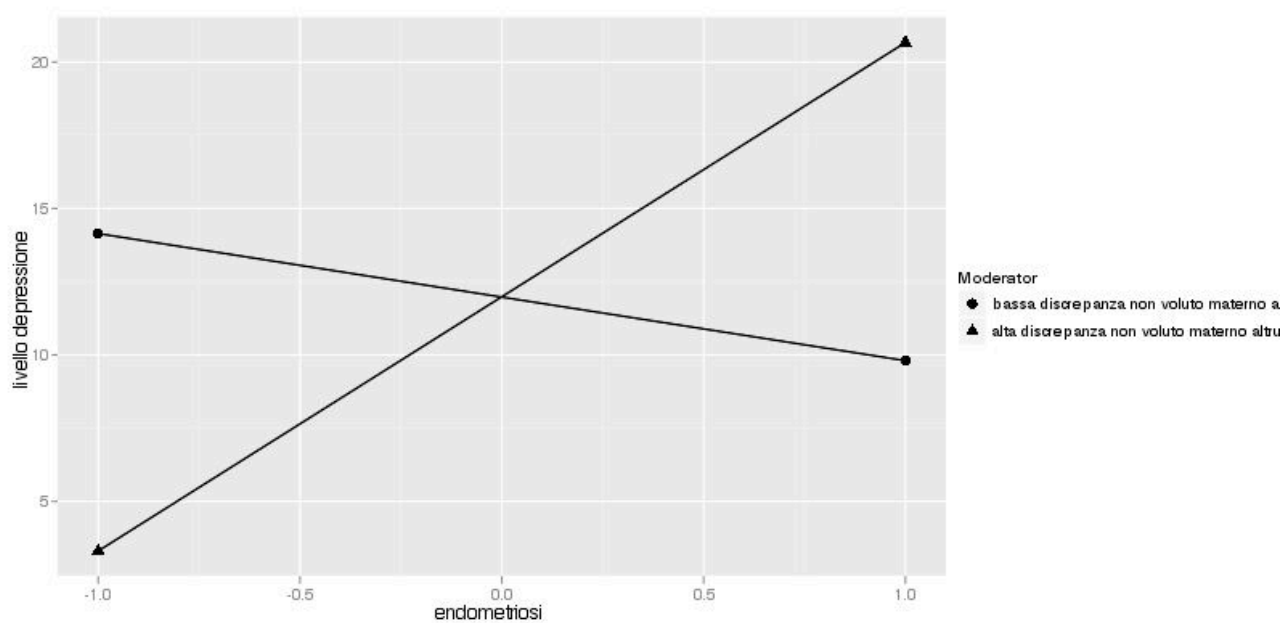


Tabella 3

Analisi di regressione di moderazione che testa l'effetto della **discrepanza del Sé ideale materno** sulla relazione tra endometriosi/patologia ginecologica e depressione.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>R</i> ²
Step 1				0.23*
Endometriosi	0.41	2.08	0.03	
patologia ginec.	5.53	2	0.39*	
discr. Ideale materno	0.33	0.3	0.38	
età	0.88	0.3	0.07	

Step 2				0.36***
Endometriosi	-1.12	2	-0.09	
patologia ginec.	3.10	2.68	0.09	
discr. Ideale materno	0.79	1.39	0.21	
endo*discrepanza	1.92	1.70	0.16	
patologia*discrepanza	-5.28	1.79	-0.41**	
età	0.25		0.21	

Nota. R^2 = varianza spiegata dallo step 1 e dallo step 2 ; $p < 0.05$, $p < 0.001$

La tabella 3 mostra che al primo step avere una patologia ginecologica diversa dall'endometriosi, predice la depressione ($\beta = 0.39$ $p = > 0.05^*$). Aggiungendo al primo ordine le interazioni che coinvolgono la patologia altra e la discrepanza dal "Sé ideale materno", si è verificato un incremento nella significatività del modello ($F(45) = 4.24$, $p > 0.001^{***}$). L'interazione tra patologia ginecologica e discrepanza dal Sé ideale materno è significativa e negativa, mostrando che la discrepanza dal Sé ideale materno modera la relazione tra l'aver una patologia ginecologica e la depressione ($\beta = -0.41$, $p = < 0.01$).

Una simple slope analyses, ci ha permesso di descrivere l'effetto di moderazione della discrepanza dal "Sé ideale materno". Come mostra la figura 4 la bassa discrepanza dall'ideale materno predice significativamente la depressione in donne con patologia ginecologica (slope=9.43) ($t(45) = 3.31$, $p < 0.01^{**}$). A bassi livelli di discrepanza le persone con altra patologia si deprimono molto di più di quelle sane che invece non si deprimono. Di contro, ad elevati livelli di discrepanza dall'ideale materno, questo effetto di moderazione non è significativo.

Figura 4

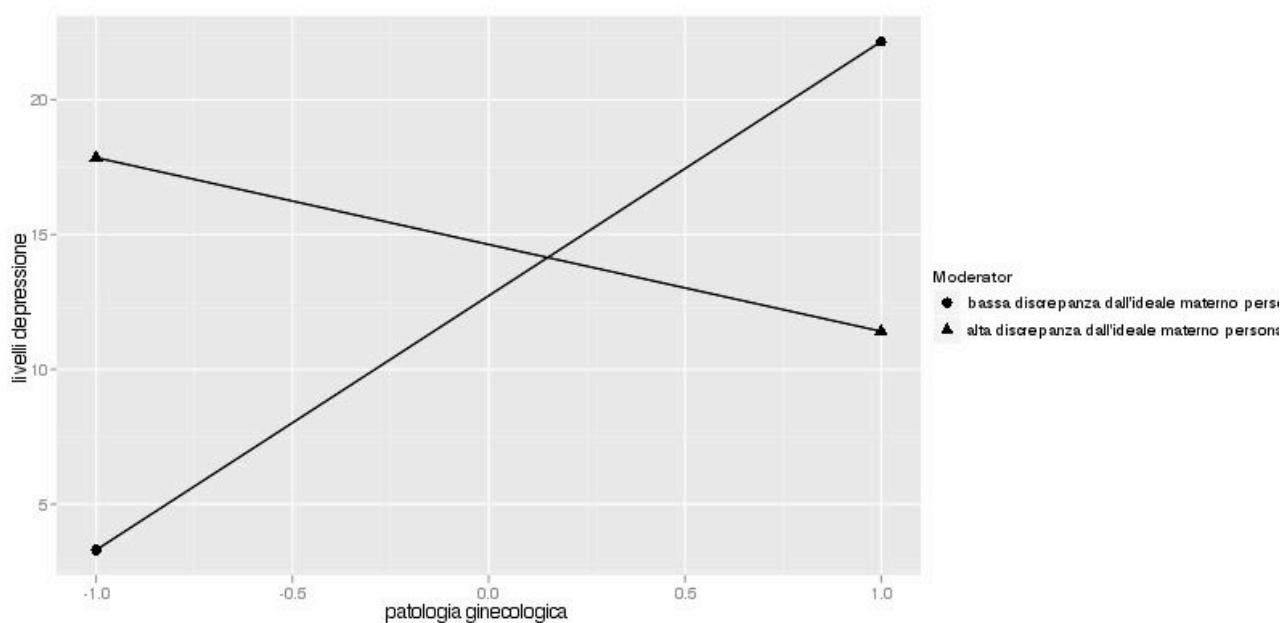


Tabella 4

Analisi di regressione di moderazione che testa l'effetto della discrepanza del Sé **normativo seduttivo** sulla relazione tra endometriosi/patologia ginecologica e depressione.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	R^2
Step 1				0.67***
Endometriosi	-3.22	0.21	-0.41*	
patologia ginec.	6.27	1.43	0.76***	
discr. Norm. seduttivo	3.87	0.72	0.71***	

Età	0.12	0.11	0.15	
Step 2				
Endometriosi	-0.87	2	-0.11	0.72***
patologia ginec.	0.99	2.68	0.12	
discr. Norm. seduttivo	1.29	1.39	0.24	
endo*discrepanza	2.13	1.70	0.34	
patologia*discrepanza	-5.32	1.79	-0.69*	
Età	0.24	1.11	0.28	

Nota. R^2 = varianza spiegata dallo step 1 e dallo step 2 ; $p < 0.05^*$, $p < 0.001^{***}$

La tabella 4 mostra che avere una patologia ginecologica, predice la depressione ($\beta = 0.76$, $p = < 0.001^{***}$), che la discrepanza dal normativo seduttivo predice la depressione ($\beta = 0.71$, $p = < 0.001^{***}$) e che l'endometriosi predice negativamente la depressione ($\beta = -0.41$, $p = < 0.05^*$).

Aggiungendo al primo ordine le interazioni che coinvolgono la patologia altra e la discrepanza dal normativo seduttivo, si è verificato un incremento nella significatività del modello ($F(28) = 12.20$, $p < 0.001^{***}$). L'interazione tra patologia altra e discrepanza dal normativo seduttivo è significativa ($\beta = -0.69$, $p < 0.05^*$), ciò evidenzia che la discrepanza dal normativo seduttivo modera la relazione tra l'avere una patologia ginecologica e la depressione.

Una simple slope analyses ci ha permesso di descrivere l'effetto di moderazione della discrepanza dal normativo seduttivo. Come mostra la figura 5 la bassa discrepanza dal normativo seduttivo predice negativamente e significativamente la depressione in donne con patologia ginecologica (slope=7.63) ($t(28) = 4.85$, $p < 0.001^{***}$). Avere bassi livelli di discrepanza dal normativo seduttivo protegge la donna con patologia ginecologica da una ricaduta depressiva, mentre le donne sane presentano un livello maggiore di depressione.

Figura 5

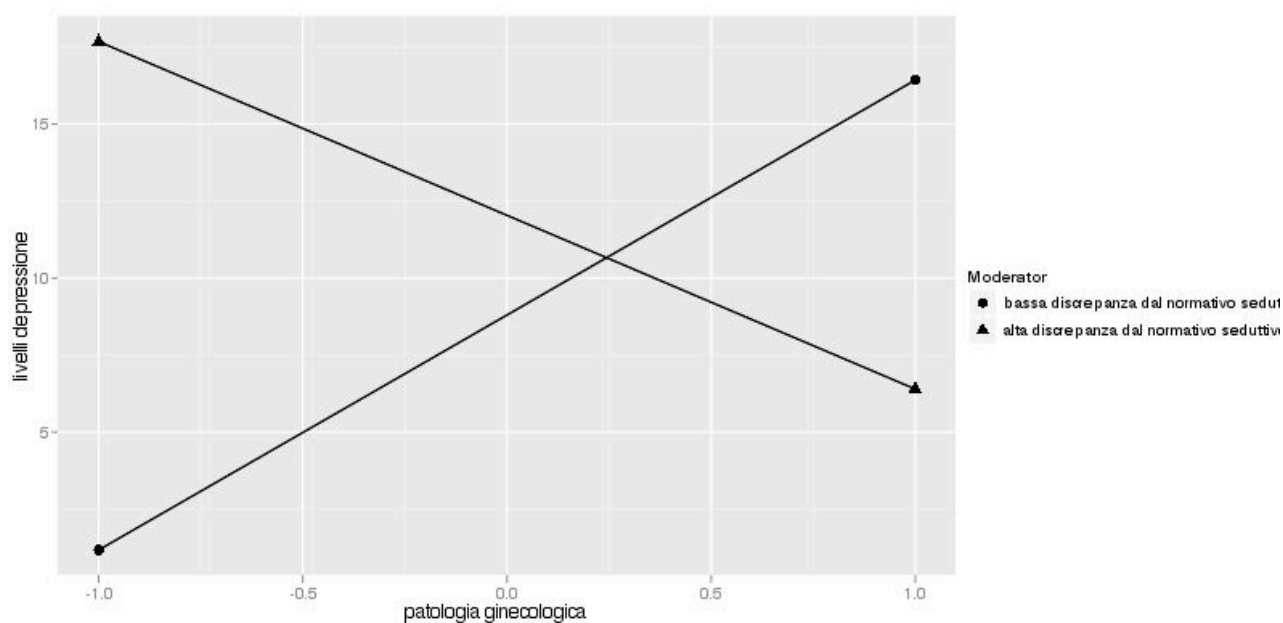


Tabella 5

Analisi di regressione di moderazione che testa l'effetto della **discrepanza del sé ideale seduttivo dal punto di vista dell'altra persona** sulla relazione tra endometriosi/patologia ginecologica e depressione.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>R</i> ²
Step 1				0.09
Endometriosi	1.50	1.43	0.16	
patologia ginec.	0.05	1.67	0.01	
discr. Ideale seduttivo .al	1.31	1.11	0.15	
Età	0.13	0.15	0.14	

Step 2				0.17*
Endometriosi	1.13	1.41	0.12	
patologia ginec.	0.40	1.64	0.04	
discr. Ideale seduttivo. al	1.25	1.11	0.15	
endo*discrepanza	3.49	1.44	-0.1	
patologia*discrepanza	-0.96	1.57	0.30*	
Età	0.15	0.15	0.16	

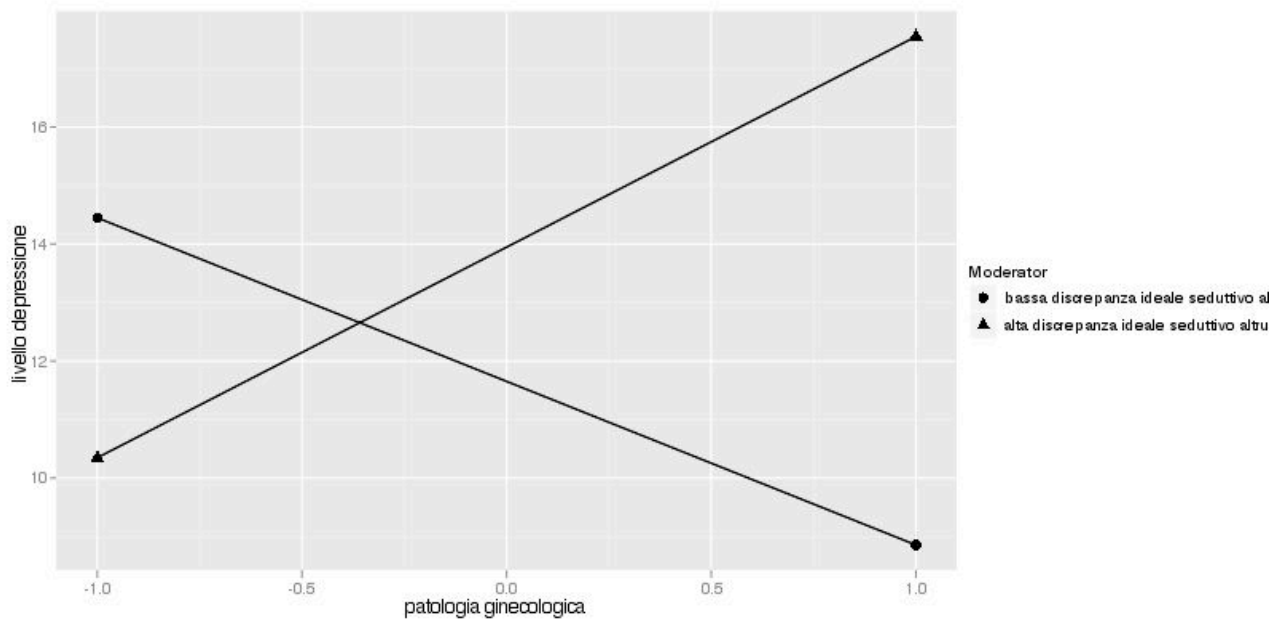
Nota. R^2 = varianza spiegata dallo step 1 e dallo step 2 ; $p < 0.05^*$

La tabella 5 mostra che non vi sono effetti diretti tra avere una patologia ginecologica diversa dall'endometriosi, e endometriosi sulla depressione.

Aggiungendo al primo ordine le interazioni che coinvolgono la patologia altra, l'endometriosi e la discrepanza dal ideale seduttivo dell'altro si è verificato un incremento nella significatività del modello ($F(51) = 2.5$, $p > 0.05$). L'interazione tra patologia ginecologica e discrepanza dall'ideale seduttivo dell'altro è significativa ($\beta = 0.30$, $p < 0.05^*$), ovvero la discrepanza dall'ideale seduttivo dell'altro modera positivamente la relazione tra patologia altra e depressione.

Una simple slope analyses ci ha permesso di descrivere l'effetto di tale moderazione. Come mostra la figura 6 a bassi livelli di discrepanza dall'ideale seduttivo dell'altro le donne con patologia altra non sono depresse mentre le sane sì (slope=-2.80) ($t(51) = -1.35$). Al contrario ad alti livelli di discrepanza dal seduttivo dell'altro, la patologia ginecologica subisce una maggior ricaduta depressiva rispetto alle sane (slope=3.60) ($t(51) = -1.58$) l'interazione delle due slope diviene significativa oltre l'intervallo di confidenza del moderatori con le seguenti soglie $-2.10 < 1.77$.

Figura 6



Conclusioni e riflessioni

Nel nostro studio abbiamo approfondito l'effetto di moderazione della discrepanza del Sé sulla relazione tra endometriosi e depressione. Come abbiamo precedentemente sottolineato, avere l'endometriosi, di per sé, rende saliente una rappresentazione del Sé femminile carente e deficitaria.

Numerosi Autori (Nunziante Cesaro 2006, Ferraro 1985; Vegetti Finzi 2001; Corcos, 2005 ; Cupa, 2005, Giuffrida, 2009 ; Lesourd, 2007, Schaeffer, 2007 ; Vigneri, M. 2009) sostengono che la potenzialità generativa del corpo femminile, assume un aspetto centrale nella rappresentazione di Sé della donna; se tale sfera viene "attaccata", possono esserci delle ricadute sul piano psichico.

In primo luogo abbiamo preso in considerazione la discrepanza dal “Sé non voluto materno” e abbiamo notato che questa svolge un ruolo di moderazione all’interno del forte effetto di interazione tra endometriosi e depressione. Ad alti livelli di discrepanza dal “Sé non voluto materno” (cioè la donna ritiene di possedere delle parti che non vorrebbe e che la etichettano come una cattiva madre) le donne con endometriosi presentano alti livelli di depressione, mentre questo effetto non si verifica nelle donne sane.

Probabilmente l’intensità del legame tra endometriosi e rappresentazione del Sé materno può essere determinata dall’endometriosi, a causa dell’alto rischio di sterilità, determina un’immediata accessibilità a una rappresentazione del Sé materno negativo con un corteo di emozioni e vissuti ad esso collegati. La letteratura (Higgins, 1881, 1985, 1997) conferma che la probabilità che un soggetto soffra di un tipo di disagio è direttamente proporzionale all’ampiezza dell’accessibilità della discrepanza connessa al disagio.

La donna sterile, o potenzialmente tale, si scontra con una rappresentazione di Sé inadeguata e carente rispetto ad un modello di donna sana e desiderabile; si percepisce come inadeguata al suo ruolo culturale oltre che biologico: dimensioni centrali per la costruzione dell’identità femminile (Vegetti Finzi, 1997, 2001 ; Thanopoulos, 2009).

L’effrazione dell’endometriosi nella giovane donna, interviene là dove lei stessa si riconosce nella sua femminilità. Il desiderio di gravidanza risponde al bisogno narcisistico di dimostrare che il proprio corpo assolve le proprie funzioni biologicamente determinate, costituisce una conferma alla propria identità. È facile immaginare, quindi, che, in donne affette da endometriosi, laddove la discrepanza dal “Sé non voluto materno” è già alta, a prescindere dalla malattia, l’effetto depressivo sarà molto intenso. In altri termini l’endometriosi conferma nella realtà una precisa rappresentazione negativa di Sé rispetto alla sfera della maternità, la rende fortemente accessibile e ciò determina depressione.

L’endometriosi funziona quindi da “interruttore”: “accende” le emozioni legate a una cattiva rappresentazione del Sé materno esistenti nella donna.

La ricaduta depressiva, infatti, si verifica unicamente quando gli stati affettivi vengono resi accessibili dalla malattia; infatti nel nostro studio le donne sane, nonostante

presentino un alto livello di discrepanza dal “Sé non voluto materno” non hanno una ricaduta depressiva. L’attacco al soma “svela” queste emozioni, che, sebbene presenti, sarebbero rimaste celate, coartate e quindi non avrebbero creato sofferenza.

Probabilmente ciò dipende dal fatto che: non essendo intaccato il piano della realtà, le donne sane, inconsciamente, pensano/sperano di poter riparare la loro cattiva rappresentazione con una possibile gravidanza.

Tale risultato ci permette di riflettere sulla possibilità delle donne sane, di poter inserire le rappresentazioni di Sé all’interno di un flusso temporale continuo e lineare in cui il passato può essere modificato nel tempo futuro. Sono presenti le dimensioni del cambiamento, della riparazione, della progettualità che, invece, scompaiono nella donna con endometriosi.

Le donne con endometriosi, che posseggono una cattiva rappresentazione di Sé dal punto di vista materno, non possono permettersi di sperare perché il futuro è già detto, segnato dalla diagnosi di malattia; il tempo non può essere vissuto come lineare ma come una spirale in cui la situazione attuale si reitera in un circuito chiuso, mortifero e depressivo. Inoltre la cronicità della diagnosi determina un’accessibilità periodica della discrepanza, che, difficilmente, può essere messa da parte. La letteratura conferma che l’accessibilità cronica di un tipo di discrepanza, può fungere da moderatore tra l’atteggiamento messo in atto e le risposte emotive ad esso correlate a prescindere dal fatto che in quel momento sia presente o meno una discrepanza del sé (Higgins, 1997). È in questa condizione di blocco, paralisi, impotenza che possiamo individuare uno stato di “depression essentiel” (Marty, & De Muzan, 1963; Marty, 1981,), di patologia del negativo (Green, 1997, 2007) caratterizzata da una depauperazione della dimensione affettiva e cognitiva.

È importante notare che a bassi livelli di discrepanza dal “Sé non voluto materno” (ovvero ritenersi distante da una rappresentazione negativa di madre, quindi percepirsi come una madre adeguata), non vi sono differenze significative rispetto alla depressione tra donne sane e donne affette da endometriosi. Ciò significa che l’endometriosi non ha ripercussioni depressive tout court, ma che le ha nel momento in cui si manifesta in una donna che possiede già una cattiva rappresentazione di Sé come madre.

Ricordiamo che la discrepanza non si riferisce unicamente a come la donna sia realmente nei suoi aspetti materni (inoltre la donna potrebbe non essere madre), ma si riferisce alla percezione soggettiva che la donna ha di sé in quell'ambito.

Possiamo ipotizzare che le persone che hanno una rappresentazione del Sé armonica e solida, possono affrontare la malattia con maggiori risorse e proteggersi da una ricaduta depressiva.

Se adesso andiamo ad osservare la relazione tra endometriosi e depressione in presenza della discrepanza dal “Sé non voluto materno dal punto di vista dell'altra persona” riscontriamo lo stesso effetto di moderazione. Ovvero ad alti livelli di discrepanza (la donna si sente molto vicina a come ritiene che gli altri non la vogliano come madre) le donne con endometriosi sono fortemente più depresse delle donne sane. Questa è un'ulteriore conferma del fatto che l'intensità della relazione tra endometriosi e depressione è strettamente connessa alla dimensione del materno, infatti il legame è molto intenso sia quando viene sollecitato il proprio punto di vista che il punto di vista altrui. La condizione di infertilità viene spesso vissuta con senso di colpa, perché la donna sente di peccare rispetto al suo ruolo nei confronti della famiglia del partner oltre che di sé stessa: *“voglio un bambino perché sono felice e sento che lo devo a mio marito, se stesse con un'altra sarebbe padre...e lui lo vuole, me lo chiede adesso e impazzisce per i bambini”*. La deficitarietà delle proprie funzioni biologiche si ripercuote sull'altro, il partner si trova in molti casi, come dice una paziente, ad *“avere anche lui l'endometriosi”* come in un gioco di identificazioni proiettive, l'endometriosi “contagia” la biologia del compagno. Nel momento in cui la donna non possiede un'armonica rappresentazione di Sé, il senso di colpa può quindi diventare invalidante e sfociare in una sofferenza depressiva.

Per quanto riguarda l'interazione tra discrepanza dal “Sé non voluto materno” e patologia ginecologica diversa dall'endometriosi, riscontriamo che, a differenza di quanto succede con l'endometriosi, a bassi livelli di discrepanza dal “Sé non voluto materno”, le donne con patologia ginecologica altra sono più depresse di quelle sane.

Ad alti livelli di discrepanza dal “Sé non voluto materno” le donne sane sono più depresse delle donne con altra patologia.

Tale inversione di tendenza rispetto alle donne con endometriosi, può essere attribuita al fatto che nelle donne con altre patologie ginecologiche del nostro gruppo di studio, la dimensione della fertilità non viene alterata non vi è una minaccia specifica alla rappresentazione del Sé materno, quindi la ferita narcisistica è maggiormente gestibile perché l’attacco al Sé è meno diretto e non è confermato da una reale impossibilità generativa. Nelle altre patologie l’aspetto mortifero non prende il sopravvento come avviene nell’endometriosi, l’alterazione è principalmente funzionale e non ci sono ricadute reali sulla dimensione organica dell’apparato genitale femminile rispetto alle sue potenzialità. È possibile quindi che le donne con altre patologie ginecologiche, abbiano la possibilità di investire su diversi aspetti del Sé e mantenere un livello di benessere psichico più alto.

Successivamente abbiamo studiato l’effetto di moderazione della discrepanza del “Sé materno ideale” sulla relazione che intercorre tra patologia ginecologica e depressione.

Come abbiamo precedentemente affermato la patologia ginecologica, a differenza dell’endometriosi, non comportando rischio di sterilità, può avere una ricaduta su diverse sfere dell’identità della donna (normativa, ideale, seduttiva, materna...). Quindi gli effetti sono meno specifici, più deboli e meno invalidanti, ciò consente alla donna di poter utilizzare molteplici risorse per farvi fronte.

Per questo motivo vedremo come la funzione di moderazione della discrepanza del Sé sulla relazione tra patologia ginecologica e depressione, spesso funziona in maniera inversa all’endometriosi.

Abbiamo rilevato che, in presenza di una bassa discrepanza dal “Sé ideale materno” (quindi la donna si percepisce abbastanza aderente alla rappresentazione del suo ideale di madre), le persone con una patologia ginecologica diversa dall’endometriosi, presentano livelli di depressione significativamente più alti rispetto alle donne sane che invece manifestano bassi livelli.

Ricordiamo che l’intensità del disagio è proporzionale all’accessibilità della

discrepanza e probabilmente avere una patologia ginecologica rende più accessibile un senso di inadeguatezza verso i propri standard ideali anche se di base la discrepanza è bassa.

L'aver una patologia ginecologica, induce la donna a confrontarsi con una rappresentazione deficitaria di Sé e ciò rende maggiormente accessibile la discrepanza dall'ideale del Sé materno, nonostante questa sia bassa.

Accedere ad una discrepanza, seppur bassa, dall'ideale materno, può avere un effetto depressivo poiché crea un disequilibrio nella rappresentazione di Sé della donna che precedentemente non era saliente. La probabilità che una discrepanza del Sé venga attivata dipende in primo luogo dalla sua accessibilità ovvero dalla frequenza di attivazione del costrutto (Higgins E.T. 1997) ed è indipendente dall'intensità della discrepanza del Sé. In questo caso la patologia rende accessibile il Sé materno, evidenzia la possibile inadeguatezza e la donna si deprime.

Al contrario qualora sia già presente un elevato livello di discrepanza dal "Sé ideale materno", (ovvero la donna non si ritiene adeguata al proprio standard ideale di madre), avere una patologia ginecologica non ha un effetto depressivo. Probabilmente, in questo caso, l'effetto non si verifica perché la patologia ginecologica incide in maniera più generica sull'identità femminile e quindi l'accessibilità della discrepanza viene contrastata da altri fattori di personalità che in questa sede non abbiamo misurato. Potremmo ipotizzare che: nonostante la rappresentazione di Sé discrepante sia saliente, tuttavia rimane preservata un'equilibrio nella gestione delle emozioni che consente, per esempio, di investire su altre sfere della propria identità.

La causa della depressione non risiede tanto l'aver o meno una patologia ginecologica o nell'aver o meno una discrepanza, ma nell'interazione tra i due fattori all'interno dell'organizzazione affettiva-cognitiva della donna.

Andando adesso ad osservare come si comportano le donne del nostro gruppo rispetto alle sfere del "seduttivo", riscontriamo in primo luogo che questa dimensione è maggiormente saliente in donne con patologia ginecologica diversa dall'endometriosi ed in secondo luogo che è connessa sia ad aspetti normativi che ideali.

Anche in questo caso, in presenza di bassa discrepanza dal “Sé normativo seduttivo” (cioè la donna si sente adeguata al suo imperativo interiorizzato concernente la sfera della seduttività), le donne con patologia ginecologica hanno un esito depressivo mentre ciò non si manifesta nelle donne sane. Se la donna si sente adeguata alla sua rappresentazione imperativa di donna seduttiva, probabilmente avere una patologia ginecologica crea depressione perché rende saliente una mancata coerenza con la rappresentazione normativa di Sé. L’aumento della frequenza di attivazione del costrutto determina l’attivazione della discrepanza dal “Sé normativo seduttivo”.

Come nel caso dell’ideale materno l’alta discrepanza dal “Sé normativo seduttivo” (ovvero la donna non si sente adeguata ad una rappresentazione normativa concernente la sfera della seduttività) determina depressione nelle donne sane mentre ciò non avviene nelle donne con una patologia ginecologica. Avere una patologia ginecologica ha un effetto depressivo unicamente in quelle donne che si ritenevano “in regola” con la loro parte femminile seduttiva, così come è stato loro proposto dai modelli di riferimento familiari e culturali.

Di contro, la stessa patologia ginecologica non ha un esito depressivo nel momento in cui si manifesta in una donna con una struttura psicologica già caratterizzata da un senso di inadeguatezza. Anche in questo caso possiamo ipotizzare che l’attacco all’identità femminile non sia così specifico ed incisivo come nel caso dell’endometriosi e che la donna possa conservare un equilibrio nel suo funzionamento affettivo che le consenta di far fronte alla ferita narcisistica.

Le donne con patologia ginecologica offrono un valore differente alla seduttività se interpretata dal proprio punto di vista o dal punto di vista altrui. Attraverso la precedente interazione abbiamo riscontrato che la dimensione seduttiva del femminile, assume una rilevanza significativa quando viene richiamata la sfera normativa della donna ma non quando si richiama il punto di vista “normativo” altrui. Questo potrebbe farci pensare al fatto che la seduttività oltre che riguardare la sfera emotivo-relazionale e quindi un personale modo di percepirsi e porsi nei confronti degli altri, sia vissuta dalla donna anche come un imperativo interiorizzato.

Tale ipotesi è avvalorata dal fatto che, la seduttività assume un valore significativo nel caso in cui viene richiamato il punto di vista “ideale” altrui, le aspettative che l’altro ripone sulla donna. Quest’ultima considerazione ci porta a una riflessione psicodinamica sui processi di identificazione e d’interiorizzazione. La dimensione femminile “seduttiva” si sviluppa all’interno di dinamiche familiari e culturali, in un gioco di identificazioni, riconoscimenti, aspirazioni che portano alla personalità matura, in continua definizione.

In questa sfera dunque, il contraltare dell’altro è fondamentale e ciò è ancor più vero se notiamo che la seduttività assume un’importanza significativa sul piano dell’ideale unicamente rispetto all’ideale dell’altro e non al proprio; come se la seduttività non fosse legata al proprio piacere, alla propria desiderabilità o gratificazione narcisistica, ma a quella altrui. A questa desiderabilità è connesso il giudizio e l’approvazione dell’altro e ciò motiverebbe il vissuto normativo rispetto alla rappresentazione della seduttività in prima persona, come se fosse un imperativo morale da rispettare, per aderire a degli standard esterni.

Ad alti livelli di discrepanza dal “Sé ideale seduttivo dal punto di vista dell’altra persona” (ovvero la donna non percepisce la sua seduttività all’altezza delle aspettative altrui) le donne con patologia ginecologica sono fortemente depresse, mentre le sane presentano livelli di depressione notevolmente più bassi. Probabilmente avere una patologia ginecologica rende saliente la dimensione della genitalità e della sessualità, dimensioni come abbiamo precedentemente detto, fortemente connesse con la presenza dell’altro e delle sue aspettative. In presenza di una rappresentazione di Sé già deficitaria rispetto a tale componente si scatena un effetto depressivo perché l’ attacco al corpo rende saliente la sfera della sessualità e della seduzione, già vissute come problematiche e si verifica una ricaduta depressiva.

Possibili ricadute sul piano dell’intervento

Il secondo studio ci ha permesso di avvalorare la necessità condivisa da numerosi Autori (Low, W.Y., 1993; Jones, 2002, 2004, 2006; Garry, 2006; Denny, 2007, 2009; Belaisch, 2006, Scafidi Fonti 2008) di un approccio integrato nell’intervento medico-sanitario rivolto a donne con endometriosi. Abbiamo evidenziato come l’endometriosi

non costituisca una causa diretta di depressione, ma che lo sia unicamente quando si verifica in concomitanza con particolari caratteristiche di personalità della donna. L'endometriosi intralcia l'identità femminile, poiché, l'alto rischio di sterilità induce una ferita narcisistica molto forte nell'equilibrio psichico di una donna. La gravidanza, gratifica un bisogno narcisistico di riconoscimento della proprie potenzialità insite nell'essere donna ma anche del proprio ruolo culturalmente riconosciuto e fonte di aspettative sociali.

Qualora l'endometriosi insorga in donne che presentano già una rappresentazione del Sé deficitaria rispetto alla sfera del "materno" (reale o immaginario), allora la ricaduta depressiva sarà intensa. Tale effetto non si verifica se la donna possiede una rappresentazione di Sé equilibrata ed armonica.

Inoltre ci sembra opportuno notare che le patologie ginecologiche diverse dall'endometriosi hanno un legame più intenso con gli aspetti normativi ed ideali della sfera della seduttività e che in questa sfera sia pregnante la dimensione relazionale, la presenza dell'altro con i suoi giudizi ed aspettative.

Da qui la necessità di un intervento centrato sulla "persona malata" e non sulla malattia, che si prenda carico della legame tra la dimensione psicologica della donna ed il suo corpo leso.

Potrebbe essere proponibile un intervento di sostegno specifico e mirato che consenta di restaurare i disequilibri presenti nella rappresentazione di Sé e di pervenire ad una rappresentazione armonica della propria femminilità nelle sue diverse componenti e domini.

Tuttavia l'atteggiamento delle pazienti è spesso refrattario all'attenzione verso la dimensione psicologica, piuttosto si attendono unicamente azioni e risultati sul corpo, ogni intrusione dello psichico può così essere vissuta come un elemento perturbatore e fuori luogo.

Per queste ragioni sarebbe auspicabile che l'intervento psicologico si svolga negli stessi locali in cui la donna incontra l'equipe medica, che sia ospedale, ambulatorio o studio privato. Questo eviterebbe di sostenere nella donna fantasie "scissionali" o "discrepanti" delle cure, destinate o al soma o alla psiche, sottolineando la centralità della persona e l'importanza della sua complessità e delle sue sfaccettature.

In questo contesto si può sostenere la donna in un percorso di integrazione degli aspetti discordanti di Sé e ridurre il disagio psicologico.

Un intervento terapeutico adeguato alla “cura” delle pazienti con endometriosi dovrebbe essere mirato alla comprensione dell’investimento che la donna fa sulle sfere della sua femminilità con particolare attenzione alla dimensione del “Materno” al fine di modificare il circolo vizioso corpo-mente-corpo che sostiene una cattiva rappresentazione di Sé come donna.

Limiti metodologici e ricerche future

Sarebbe opportuno prevedere ulteriori studi che approfondiscano come altre variabili possono incidere sul legame di moderazione studiato. Per esempio sarebbe utile individuare il ruolo dei meccanismi difensivi come fattori di protezione/predizione del disagio psichico al fine di orientare l’intervento di sostegno in maniera più specifica.

Inoltre sarebbe utile raggruppare i soggetti appartenenti alle altre patologie ginecologiche in maniera meno eterogenea, e creare dei sottogruppi per somiglianza sintomatica o funzionale della patologia. In questo modo si potrebbero individuare degli effetti più chiari e depurati da altri fattori intervenienti, anche per queste patologie.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.

Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2005). Probing interactions in fixed and multilevel regression: Inferential and graphical techniques. *Multivariate Behavioral Research*, 40, 373-400.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.

Alio, L. & Maiorana, A. Ipotesi di Registro Nazionale dell'Endometriosi. Atti dell'indagine conoscitiva svolta dalla 12 Commissione Permanente del Senato (Igiene e Sanita), XIV legislatura. Fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale. Rome: Senato della Repubblica, 2006.

Ambrosiani, A. (2005). Relazione di al Meeting *Endometriosi: percorsi e qualità di vita* – Ministero della Salute, Università di Padova, 2005.

Amico, K.R., Bruch, M.A., Haase, R.F., Paul, J. & Sturmer, J. (2004). Trait shyness, actual-ought self-discrepancy and discomfort in social interaction. *Personality and Individual Differences*, 36 1597–1610.

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. & Tambelli, R. (1995). Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne. Cortina, Milano.

André J. (2003). *Mères et filles*. Paris: PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse.

Antonoli, M.E., Fava Viziello, G. & Volpe, B.R. (2004). L'iter adottivo: dalla disponibilità alla dichiarazione di idoneità. In G. Fava Vizziello & A. Simonelli (Eds.). *Adozione e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.

Anzieu D. (1985). *Le Moi Peau*, Paris: Dunod.

Arcidiacono, C. (1994). *Identità femminile e psicoanalisi*. Da donna a donna alla ricerca del senso di sé, Franco Angeli, Milano.

Arcidiacono, C. (1995). Onnipotenza materna e relazione tra i sessi. In A. Panepucci (Ed.). *Psicoanalisi e identità di genere*. Bari. Laterza.

Arcidiacono, C. (Ed.). (1990). *Identità, genere, differenza*. Milano: Franco Angeli.

Argentieri, S. (1988). Il sesso degli angeli. In M. Russo-Vigneri (Ed.). *Del genere sessuale* Roma: Borla.

Argentieri, S. (1995). L'equivoco della bisessualità, In A. Panepucci (Ed.). *Psicoanalisi e identità di genere*. Bari. Laterza.

Assoun, P. L. (1992). Voyage au pays des mères. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 45, 109-130.

Athea, N. (1987). Nouvelles techniques de procréation, Quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 1533.

Attigui, P. (2003). Féminité clandestine. Variations contre-transférentielles et homosexualité. *Revue française de psychanalyse*, 67, 129-153.

- Aulagnier, P. (1986). *Corps et histoire - IV° Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence de 1985*. Paris: Confluents psychanalytiques, Les Belles Lettres.
- Aulagnier, P. (1986). « Du langage pictural au langage de l'interprète », in *Un interprète en quête de sens*, Paris: Ramsay coll., Psychanalyse.
- Ballweg, M.L. (2003). Big Picture of Endometriosis Helps Provide Guidance on Approach to Teens: Comparative Historical Data Shows Endo Starting Younger, is More Severe. *Journal of Pediatric and Adolescents Gynecology*, 15 (1), 21–26.
- Ballweg, M.L. (2003). Types on treating teens with endometriosis. *Journal of Pediatric and Adolescents Gynecology*, 16, 27-28.
- Barale, F. (2003). Normale caos dell'amore: corpo, Edipo e sexual theory all'epoca della modernità liquida. *Psiche, Corpi e controcorpi*. (pp) Milano: Il Saggiatore.
- Barnack, J.L. & Chrisler, J.C. (2007). The experience of chronic illness in women: A Comparison between women with endometriosis and women, with chronic migraine headaches. *Women & Health*, 46, 115-133.
- Barsky, A.J. (1979) Patients who amplify bodily sensations. *Ann Int Med.* 1979, 91, 63–70.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (June 1961). An inventory for measuring depression. *Arch. General Psychiatry*, 4. 561–71.
- Belaisch J. & Allart J.P. (2006) Endométriose et vécu de l'adolescence Psychosomatique et sexualité, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34, 242–247.
- Bem, S. (©1974 1978) Bem Sex Role Inventory: BSRI, (Trad. it Carla Turolla. ©2004).
- Benjamin J. (2002). Revisiting the riddle of sex: an intersubjective view of masculinity and femininity. In I. Matthis (Ed.), *Dialogues on sexuality, gender and psycho-analysis*. London: Karnac Books, 2004.
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love*. New York: Pantheon Books. (trad. it. Legami d'amore, Rosenberg & Sellier, Torino, 1991)
- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. Yale University. (Tr. it. *Soggetti d'amore*. Raffaello Cortina, Milano, 1996).
- Benjamin, J. (1998). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York: Routledge. (Trad. it. L'ombra dell'altro. Intersoggettività e genere in psicoanalisi. Bollati Boringhieri, Torino, 2006).

- Berengo, G. (1994). *Prontuario Rorschach : per l'orientamento alla siglatura e all'interpretazione*, Firenze: Organizzazioni speciali.
- Bergeret-Amselek, C. (1996). *Il mistero delle madri: un viaggio nel cuore della materialità*. tr. it., Roma: Magi, 2005.
- Bertolini M., Neri F. , *Fantasie consce e inconscie, identità personale e genitoriale in Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*, Borla , Roma,1991
- Bessenoff, G.R. (2006). Can the media affect us? Social comparison, self-discrepancy, and the thin ideal. *Psychology of Women Quarterly*, 30 (3), 239-251.
- Bessenoff, G.R. (2006). Snow D. Absorbing society's influence: Body image self-discrepancy and internalized shame. *Sex Roles. Vol 54*, (9-10), 727-731.
- Bion W.R. (1948-1961), *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations*. London: William Heinemann [Reprinted London: Karnac Books 1984]. Reprinted in *Seven Servants*, 1977.
- Bleichmar, E. D. (1994). *Il femminismo dell'isteria, disturbi narcisistici della femminilità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bodiou, L., (2002). *Chemin de femmes en Grèce classique. Lunes*, 20, 67-76.
- Bohm, E. (1967). *Lehrbuch der Rorschach-Psichodiagnostik*, Huber, Bern 1967. (Tr. It. *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Giunti Barbera: Firenze, 1995).
- Bonaparte, M. (1935). Passivity, masochism and femininity. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 325-333.
- Bruch, M., Rivet, K.M. & Laurenti, H.J. (2000). Type of self-discrepancy and relationship to components of the tripartite model of emotional distress. *Personality and individual difference*, 29, 37-44.
- Brun, A. & Chouvier, B. (2010). *La sexualité infantile*. Paris : Dunod, Les topos.
- Bydlowski, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse. In S. Lebovici, F.Weil-Halpern (Ed.). *Psychopathologie du bébé* (pp.57-65). Paris: PUF.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie*. Paris: PUF, «Le Fil Rouge».

Cailleau, F. (2006). Et si c'était dans la tête? Histoire et représentations de l'infertilité. *Chaiere de psychologie clinique*, 26, (1), 85-98.

Carver, C.S., Lawrence, J.W., & Scheier, M.F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 783-792.

Castellazzi Vittorio L. Il test di Rorschach. Manuale di siglatura e d'interpretazione psicoanalitica, Roma: LAS, 2004.

Célérier, M-C. (1991) *Corps et fantasmes psychologie du psychosomatique*. Paris: Dunod.

Célérier, M-C. (2008) Perspectives actuelles en psychosomatiques. La psychosomatique contemporaine, *Le Carnet PSY*, 5, 35-38.

Certuni, D. (2005). Superare la sterilità, prepararsi all'adozione. In A. Fatigati (Ed.). *Genitori si diventa*. Milano: Franco Angeli- le Comete.

Chabert, C. (2003). *Féminin melanconique*, Paris, Dunod P.U.F.

Chabert C. (1987) *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris: Dunod. (Tr. It. Psicopatologia e Rorschach, Raffaello Cortina, Milano, 1993).

Chabert, C. & Anzieu, D. (2004). *Les méthodes projectives*. Paris : Dunod P.U.F.

Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris: Dunod.

Cahn R. (1998). *L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation*. Paris, PUF. Le Fil rouge.

Chasseguet, J. S. (1964). *La sexualité féminine*. Paris: Payot. (Trad. It. La sessualità femminile, Universale Laterza, Roma-Bari, 1971).

Cheung, S. K. (1997). Self-discrepancy and depressive experiences among Chinese early adolescents: Significance of identity and the undesired self. *International Journal of Psychology*, 32, 347-359.

Cheung, Ruby Shui Ha. (2007). Structural equation models of self-discrepancy theory: Tripartite relationships of domain-specific, perspective-specific self-discrepancies to psychological maladjustment and life satisfaction with self-esteem as mediator. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68, (1-B), 667.

Chiland, C. (2002). *Gender and sexual difference. Dialogues on sexuality, gender and psycho-analysis*. London: Karnac Books, 2004.

Chodorow, N. (2002). Beyond sexual difference: clinical individuality and same-sex cross-generation relations in the creation of feminine and masculine. In I. Matthis (Ed.), *Dialogues on sexuality, gender and psycho-analysis*. London: Karnac Books, 2004.

Chouvier, B. (2002) Les fonctions médiatrices de l'objet. *Les processus psychiques de la médiation*, Paris: Dunod.

Chouvier, B. Green, A. & Kristeva, J. *Symbolisation et processus de création*. Paris, Dunod, 1998.

Cixous, H. & Clément, C. (1975). *La jeune née*. Paris: Union générale d'éditions.

Cixous, H. (1975). Le rire de la Méduse. *L'Arc*, 61, pp. 39-54.

Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., & Aiken, L.S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, 3rd ed. Hillsdale: Erlbaum.

Cohen, J., & Ramogida C. (1997). *Nous voulons un bébé, Aux frontières de la stérilité, ce que vivent les couples, ce que peuvent les médecins*. Paris: Seuil.

Corcos, M. (2005). D'un corps l'autre : l'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires, *Champ psychosomatique*, 4 (40), 135-143.

Cupa, D. (2008). La complexité psychosomatique. *Le Carnet PSY*, 4, (126), 24-28.

De Benedetti Gaddini, R. (1992), *La gravidanza nella clinica*, in Ammaniti, M. (ed.). (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. (pp. 47-52). Roma: Il Pensiero Scientifico.

De M'Uzan, M. (2003). Corpi che tacciono. *Psiche, Corpi e controcorpi*. (pp) Milano: Il Saggiatore.

Debray, R., Dejours, C. & Fédida, P. (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps* Paris: Dunod.

Delaisi De Parseval, G, (1983) *L'Enfant à tout prix, essai sur la médicalisation du lien de filiation*. Paris: Seuil.

Denny, E. & Mann, C.H. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *Journal Of Family Planning And Reproductive Health Care*, 33, (3), 189-193.

- Denny, E. (2009). "I Never Know From One Day to Another How I Will Feel": Pain and Uncertainty in Women With Endometriosis. *Qualitative Health Research*, 19, (7), 985-995.
- Dérivois, D. (2004). *Psychodynamique du lien drogue-crime à l'adolescence*. Paris : L'Harmattan.
des conduites alimentaires. *Champ Psychosomatique*, 40, 135.
- Deutsch, H. (1945). *The Psychology of Women*. Grune Stratton, New York, 1945. (Trad.it. *Psicologia della donna: studio psicoanalitico*. Torino: Boringhieri, 1977).
- Deutsch, H. (1949). *La psychologie des femmes* (Vol 1). Paris: PUF.
- Di Pietro A., Tavella P. (2006) *Madri selvagge. Contro la tecnorapina del corpo femminile*. Torino: Einaudi.
- Di Vita, A.M., & Salerno, A. (2007). Coppia, famiglia, intrecci generazionali. Attuali orientamenti della ricerca e risvolti clinico-sociali, in S. Di Nuovo e G. Sprini, *Teorie e metodi della psicologia italiana: tendenze attuali*. In *memoria di Angelo Majorana, psicologo in terra di confine*, Milano: Franco Angeli.
- Dumet N., & Broyer, G., (eds.). (2002). *Cliniques des corps*. Lyon: PUF, 134 pages.
- Dumet, N. & Broyer, G. (eds.). (2002). *Avoir ou être un corps ?* Lyon-Limonest: L'interdisciplinaire-Psychologie.
- Dumet, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques*. Paris: Dunod.
- Dunbar, H.F., (1934). Physical mental relationship in illness. *American Journal Psychiatry*, 91, (3), 541-62.
- Duyckaerts, F. (1999). *Les fondements de la psychothérapie*. Paris-Bruxelles: De Boeck.
- Epelboin, S., (1999) Le sang des femmes. in *Traité de gynécologieobstétrique psychosomatique*, S. Mimoun organisateur, Flammarion, Paris, 1999.
- Emad, M.C. (2006). At WITSEND0: Communal embodiment through storytelling in women's experiences with endometriosis. *Women's Studies International Forum* 29, 197-207.
- Ferraro F. & Nunziante Cesaro, A. (eds.). (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato: la gravidanza come agire tra fusione e separazione*. , Milano: Franco Angeli, 1992.
- Ferraro, F. & Nunziante Cesaro, A., (1985). *L'espace creux et le corps saturé*. Paris: Ed. Des femmes, 1990.

- Ferraro, F. (1992). *La gravidanza e il suo interdetto: un'esplorazione psicoanalitica*. in M. Ammaniti (ed.). (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. (pp. 65-80). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Fine, A., (2001). La vie opératoire. Études psychanalytiques, de Claude Smadja. *Revue française de psychosomatique*, 2, (20), 171-187.
- Flamigni, C. & Mutinelli, P. (2001). *Curare la sterilità. Etica, deontologia e psicologia nella relazione medico-paziente*. Roma: Carocci Editori.
- Fourquet J., Gao, X., Zavala D., Orengo J.C., Abac S., Ruiz A., Laboy J. & Flores I. (2010) Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*, 93, (7), 2424-2428.
- Francis, J. J., Boldero, J. M., & Sambell, N. L. (2006). Self-Lines: A new, psychometrically sound, 'user-friendly' idiographic technique for assessing self-discrepancies. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 69–84.
- Freud A.(1936), *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1952.
- Freud S. (1915). Trauer und Melancholie. In. Ders: *gesammelte Werke*. Bd. 10. Frankfurt a. M.. (Trad. it. *Lutto e melanconia*, in *Opere*, vol. 8, tr. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1989, 102-118).
- Freud, S. (1919): *Das Unheimliche* In: Studienausgabe IV; 7.Aufl. Frankfurt am Main 1970, S.241 - 275 (Trad. it. Il perturbante, in *Opere*, vol. 9, tr. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp.79-114).
- Freud S. (1932), «La féminité», *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1984.
- Freud S.(1895), «Esquisse pour une psychologie scientifique», in *La naissance de la psychanalyse, lettres à W.Fliess, notes et plan 1887-1902*, Paris, PUF, 1956.
- Freud, S. (1914). *Zur einföhrung des narzissmus. Gesammelte Werke, Imago, Londra 1940-1952* (Trad. It. *Introduzione al narcisismo*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Internationaler psychoanalytischer verlag, Leipzig, Wien, Zürich. (trad. it. L'Io e l'Es, OSF, 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1977).
- Freud, S. (1905). *Drei abhandlungen zur sexualtheorie. Gesammelte Werke, Imago, Londra 1940-1952*. (Trad. It. *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Torino, Boringhieri, 1989)
- Freud S. (1937). Konstruktionen in der Analyse. In: *Internat. Zschr. Psychoanalyse* Bd. 23 (1937), S. 459-469. *Costruzioni nell'analisi*, O.S.F., vol. 11.

- Gaddini, R. (1978), Pieno, vuoto e identità. *Rivista di psicoanalisi*, 24 (2), 241-257.
- Garry, R. (2006). Diagnosis of endometriosis and pelvic pain, *Fertility And Sterility* (86), 5, 1307-1309.
- Garry, R., Clayton, R. & Hawe, J. (2000). The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *Br J Obstetrics Gynecology*;107, 44–54.
- Giuffrida, A. (2009). Il silenzio di Giocasta. *Figure del Femminile. Rivista di Psicoanalisi Monografie*. Roma: Borla, 32-44.
- Giuffrida, A. (Ed.). (2009). Figure del Femminile. [special issue]. *Rivista di Psicoanalisi Monografie*. Roma: Borla.
- Gomibuchi, H., Taketani, Y., Doi, M. et al. (1993). Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 196 (3)723–725.
- Goossens, M. E., Kindermans, H. P., Morley, S. J., Roelofs, J., Verbunt, J., & Vlaeyen, J. W. (2010). Self-discrepancies in work-related upper extremity pain: Relation to emotions and flexible-goal adjustment. *European Journal of Pain*, 14, 764-770.
- Gori, R. & Del Volgo, M.J. (2005). *L'Empire des coachs. Une nouvelle forme de contrôle sociale*. Paris: Albin Michel.
- Green, A. (1976). Le concept limite. *In La folie privée*, 293- 316. Paris: Gallimard.
- Green, A. (1977). *Le travail du négatif*. Paris: Minuit.
- Green, A. (1977). *Propédeutique*. Paris: Champs Vallon.
- Green, A. (2007) Pulsions de destruction et maladies somatiques. *Revue française de psychosomatique*, 2, (32), 45-70.
- Greenacre P. (1959). Sulla simbiosi focale. *Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale*. Firenze: Martinelli, 1979.
- Guignard F.(1996a), «L'infantile dans la relation analytique», in *Au vif de l'infantile*, Lausanne, Delachaux & Niestlé, coll. «Champs psychanalytiques», p.11-31.
- Guignard, F. (2001). Le couple mentalisation -démantisation, un “concept de troisième type”. *Revue française de psychosomatique*, 2, (20), 115-135.
- Hardin, E., Lakin, L. (2009). The Integrated Self-discrepancy Index: A Reliable and

Valid Measure of Self-discrepancies. *Journal of personalità assessment*, 9, (3), 245-253.

Harrison, M.A., Karen Rowan, R.N., M.S., & John Mathias, M.D. (2005). Stress reactivity and family relationships in the development and treatment of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 83, 4.

Heidrich, S.M., & Powwattana, A. (2004). Self-Discrepancy and Mental Health in Older Women with Chronic Illnesses. *Journal of Adult Development*, 11, 4, 857-864.

Heritier, F. (1996). *Masculin/Féminin, La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.

Higgins E. T., Shah J., Friedeman R. (1997). Emotional responses to goal attainment: Strength of regulatory focus as moderator. *Journal of personalità and social Psychology*, 72, 515-525.

Higgins T.J., Strauman, & E.T., Higgins. (1991). Self-Discrepancies and Vulnerability to Body Dissatisfaction and Disordered Eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 6, 946-956.

Higgins, E. T, Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51 -76.

Higgins, E. T., Strauman, T, & Klein, R. (1986). Standards and the process of self-evaluation: Multiple affects from multiple stages. In R. M. Sorrentino & E. T.

Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 23-63).

Higgins, E. T, & King, G. (1981). Accessibility of social constructs: Information processing consequences of individual and contextual variability. In N. Cantor & J. Kihlstrom (Eds.), *Personality, cognition, and social interaction* (pp. 69-121). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1987). Self-discrepancies: Distinguishing among self-states, self-state conflicts, and emotional vulnerabilities. In K. M. Yardley & T. M. Honess (Eds.), *Self and identity: Psychosocial perspectives* (pp. 173-186). New York: Wiley.

Higgins, E. T., (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94 (3), 319-340.

Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self- discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5-15.

Higgins, E. T., King, G. A., & Mavin, G. H. (1982). Individual construct accessibility and subjective impressions and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 35-47.

Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51 -76.

Higgins, E.T., Friedeman, R. S, Robbert, E. H., Idson, L. C., Ayduk O. N., & Taylor A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, 32, 3-23.

Higgins, E.T., Beyond Pleasure and Pain 1997. *American Psychologist*, 52, (12) 1280-1300.

Humeau, C. (1998). *Procréer, Histoire et représentations*, Paris: Odile Jacob.

Imbasciati, A. (1996). La donna e la bambina. Psicoanalisi della femminilità. Milano: Franco Angeli.

Irigaray, L. (1974). *Speculum. De l'autre femme*. Paris: Minuti. (Trad. it. Speculum. L'altra donna, Milano, Feltrinelli, 1975).

Irigaray, L. (1984). *Éthique de la différence sexuelle*. Paris: Minuti. (Trad. it. Etica della differenza sessuale, Milano, Feltrinelli, 1985)

Irigaray, L. (1987). *Sexes et parentes*. Paris: Minuti. (Trad. it. Sessi e genealogie, Milano, La Tartaruga, 1989)

Irigaray, L. (1989). *Le temps de la difference*. Paris: Le livre de poche.(Trad. it. Il tempo della differenza, Roma, Editori Riuniti, 1989).

Jervis G. *Presenza e identità*, Garzanti, Italia, 1984

Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004) The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, (2), 123-133.

Jones, G., Jenkinson, C., Taylor, N., Mills, A., . & Kennedy, S. (2006) Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. *Human Reproduction*, 21, (10), 2686–2693.

Jones, G., Philab, D., Stephen, H., Kennedy, MDa, Jenkinson, C. & Philb, D. (2002). Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic

conditions: A systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187, (2), 501-511.

Kaës, R. (2005). Les dépressions conjointes dans les espaces psychiques communs et partagés. In Catherine Chabert, René Kaes, Jacqueline Lanouzière, Alexandrine Schniewind *Figures de la dépression*. Paris: Dunod. (Trad. it. Le depressioni congiunte negli spazi psichici comuni e condivisi. Figure della depressione. Roma, Borla, 2006).

Kanno, P., Raselo, M., De Melo, G.F. & Giavoni A. (2008). Discrepâncias na imagem corporal e na dieta de obesos. Self-discrepancy in body image and diet. *Nutr., Campinas*, 21(4), 423-430.

Kaswin-Bonnefond, D. (2004). La vie opératoire. Études psychanalytiques de Claude Smadja. *Revue française de psychanalyse*, 4, (68), 1327-1336.

Kikendall, K.A. (1997). Emotional reactions to infertility: A self-discrepancy model with ways of coping as a mediating factor. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering Vol 57*, (12-B), 7444.

Kikendall, K.A., Self-Discrepancy as an Important Factor in Addressing Women's Emotional Reactions to Infertility *Professional Psychology: Research and Practice*. 25. (3), 214-220.

Kinderman, P. & Bentall, R.P. (1996). Self-Discrepancies and Persecutory Delusions: evidence for a Model of Paranoid Ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, (1), 106-113.

Kofman, S. (1980). *L'énigme de la femme*. Paris: Galilée. (Trad. it. L'enigma donna, Bompiani, Milano 1982).

Kristeva, J. (1974). *La révolution du langage poétique*. Paris: Editions du Seuil. (Trad. it. La rivoluzione del linguaggio poetico, Venezia, Marsilio, 1979).

La Grutta, S. (2008). Nuove geografie del corpo. Studio clinico di confronto. in Abstract Book del XII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, 14. Roma: Pacini, 221-222.

Lampe ,A., Solder, E., Ennemoser, A., Schubert, C., Rumpold, G. & Söllner, W. (2000). Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstetrics Gynecology*, 96 (6), 929–33.

Lanouzière J. (2005). Mélancolie, sexe et féminité. In Catherine Chabert, René Kaes, Jacqueline Lanouzière, Alexandrine Schniewind *Figures de la dépression*. Paris: Dunod. (Trad. it. Melanconia, sesso, femminilità. In Le depressioni congiunte negli spazi psichici comuni e condivisi. In Figure della depressione. Roma, Borla, 2006).

Laufer, M. & Laufer, E. (1986). *Adolescence and developmental breakdown, a psychoanalytic view*. New Haven: Yale University Press. (Trad. It. *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Boringhieri, Torino, 1986).

Laznik, M. C. (2005). Les menstrues relues à partir de leur perte. *Champ Psychosomatique*, 40, 79-99.

Lesourd, S. (2007). Le féminin à l'adolescence : constitution d'un lieu. *Adolescence*, 2, (25), 359-371.

Lo Baido, R; Francomano, A; Alfano, A; La Grutta, S. (2009). Le mutazioni della clinica del corpo: dal corpo tempio del sacro al corpo offeso. Lesioni autoinferte nelle organizzazioni borderline di personalità. In *Il disagio psichico nella postmodernità. Configurazioni di personalità e aspetti psicopatologici*. Roma: Magi, p. 83-94.

Lorençatto, C., Petta, C.A., Navarro, M.J., Bahamondes, L. & Alessandra Matos. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2006, 85, (1), 88-92.

Low, W.Y., Edelman, R.J. & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, (2), 111-6.

Mc Dougall, J. (1974). Le psyché-soma et le psychanalyste. *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 10, 131-149.

Mc Dougall, J. (1982). *Theatre du Je*. Paris: Gallimard.

McDougall, J. (1984). The "Dis-Affected" Patient: Reflections on Affect Pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 53, 386-409.

Mc Dougall, J. (1989). *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard.

McDougall, J. (1995). *The many faces of Eros: A psychoanalytic exploration of human sexuality*. New York: W.W. Norton. (Trad. it. *Eros. Le deviazioni del desiderio*, Raffaello Cortina, Milano, 1997)

Mc Dougall, J. (2002). Freud and Female Sexuality, relazione presentata al convegno Cowap, Stoccolma.

Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books. (trad. it. *La nascita psicologica del bambino*, Torino, Boringhieri, 1978).

- Maiorana, A, Cicerone, C, Niceta, M, & Alio, L. (2007). Evaluation of serum CA 125 levels in patients with pelvic pain related to endometriosis. *International Journal of Biology Markers Jul-Sep; 22, (3), 200-202.*
- Markovic, M., Manderson, L. & Warren, N., (2008). Endurance and contest: women's narratives of endometriosis. *Health, 12, Volume: 12 (3), 349-367.*
- Marty P. (1991) *Mentalisation et psychosomatique*, Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Marty P. & Nicolaïdis N.(1996), *Psychosomatique*, Paris, L'Esprit du temps.
- Marty, P. & de M'Uzan, M., David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF.
- Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: W. Morrow & Co. (tr. it. Sesso e temperamento in tre società primitive, Il Saggiatore, Milano, 1967)
- Minetti, M.G. (1996): Atti Convegno Internazionale "Sintomi-Corpo-Femminilità" (Bologna, 12-13-14 ottobre).
- Mirisola, A & Luciano Seta (2011a). Pequod: Moderated regression package. R package version 0.0-2. <http://CRAN.R-project.org/package=pequod>
- Mirisola, A., Seta, L. Gentile, M. & La Guardia D. (2011b). DeducerMMR: A Deducer plugin for moderated multiple regressions and simple slopes analysis. R package version 0.0-2. <http://CRAN.R-project.org/package=DeducerMMR>
- Molénat, F. (2001). Naissances : pour une éthique de la prévention. In *Collection Prévention en Maternité : une manière de penser ensemble*. Editions Erès, 2.
- Montani, L. (2009). Femminile: nuove emergenze nella stanza di analisi. *Rivista di Psicoanalisi Monografie Figure del Femminile*. Roma: Borla, 45-53.
- Nemiah, J.C. & Sifneos, P. E. (1970). *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*. In O.W. Hill (ed.). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London: Butterworths, (Vol. 2).
- Nicole, A. (1987). Nouvelles techniques de procréation, Quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant. *Revue Française de Psychanalyse, 6, 1531-1542.*
- Nunnink, S. & Meana, M. (2007). Remembering the pain: Accuracy of pain recall in endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 28 (4), 201-208.*

- Nunziante Cesaro, A. & Chiodi, A. (2006). Quale identità di genere?. In A. Nunziante Cesaro & P. Valerio (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?*. Milano: FrancoAngeli.
- Nunziante Cesaro, A. (1993). Madre, figlia: la sessuazione innominabile. In: A. Nunziante Cesaro (Ed.). *Del genere sessuale. Saggi psicoanalitici sull'identità femminile*. Napoli: Guida Editore, 1996.
- Oehmke, F., Weyand, J., Hackethal, A., et al. (2009) Impact of endometriosis on quality of life: A pilot study. *Gynecological Endocrinology*, 25, (11), 722-725.
of dysmenorrhea in patients with endometriosis. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 196 (3)723–725.
- Olf, M. (1999). Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Res*, 85, 7–15.
- Ovesey, L., & Person, E. S. (1973). Gender identity and sexual psychopathology in men: a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism and transvestism. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 1 (1), 53 -72.
- Passi Tognazzo, D., *Il metodo Rorschach, manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea*. Firenze: Giunti, 1994.
- Pazzagli A., Benvenuti P. & Rossi Monti, M. (1981), *Maternità come crisi*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J. & Thomas, E. (1996). Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 3, 305–15.
- Piccone Stella, S. & Saraceno C. (1996) *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*. Bologna: Il Mulino.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology* 45, 333-343.
- Piscitelli, U. (1979). *Psicosomatica ginecologica*. Padova: Piccin.
- Poumeyrol, S. & Maery F. (2009). Quand la maladie entrave le travail du féminin de l'adolescente. *Cahiers de psychologie clinique*, 2 (33), 59-68.
- Poux, P. Le sang des femmes. 1999. in Epelboin, S., *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique* (pp. 71-84) Paris: Flammarion.
- Rapaport D., Gill M.M. & Schafer R. (1945-1946). *Diagnostic Psychological Testing*. Chicago: Yearbook Publishers. (trad. it.: *Reattivi psicodiagnostica*, Boringhieri, Torino,

1975).

Rapaport, D., Gill, M., Schaafer, R. (1968). *Reattivi psicodiagnostici*. Torino: Boringhieri, 1981.

Raso, M.I., G.M. Scafidi Fonti, R. Rosini, P. Audino, A. Maiorana, L. Alio, L. Clemente, G. Cardinale, & L. Giambanco. *Studio sul confronto tra la Qualita' della Vita nella paziente con Endometriosi e con Dolore Pelvico Cronico*. in Atti dell' 83° Congresso Nazionale SIGO, 48° Concesso AOGOI, 15° Congresso AGUI "Donna e Ambiente", Napoli, 14-17 Ottobre 2007.

Rausch de Traubenberg, N. (1967-1968). Images du Psychologue clinicien. *Bulletin de Psychologie*, 21, 1015-1019.

Riolo F. (1999), "Il paradigma della cura", *Rivista di Psicoanalisi*, 7-27.

Roelofsa, J., Papageorgioub, C., Gerbera, R.D., Huibersa, M., Peetersc, F. & Arntza, A. (2007) On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1295–1305.

Roman, P. (1997a). La méthode projective comme dispositif à symboliser : enjeux cliniques et psychopathologiques. in P. Roman (Ed.). *Projection et symbolisation chez l'enfant*, (pp. 37-51), Lyon: P.U.L.

Roman, P. (1997b). La méthode projective comme dispositif à symboliser. *Projection et symbolisation chez l'enfant* (pp. 37-51). Lyon: P.U.L.

Roman, P. (1997c). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation. *Psychologie clinique et projective*, 3, 75-87.

Rosini, R., Audino, P., Scafidi Fonti, G. M. . & Maiorana, A. "Un'esperienza di intervento multidisciplinare all'interno dell'Ambulatorio di Endometriosi dell'Ospedale Civico di Palermo", in Atti dell' International Conference "Highlights on Endometriosis", Palermo, 12-14 Giugno 2008.

Roth, R.S., Margaret, R.P. & Bachman, J.E. (2001). Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 563–9.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, Clivage et symbolisation*. Paris: Presses universitaires de France.

Roussillon, R. (2001). L'objet, l'expérience de la satisfaction et l'intelligibilité. *Revue Française de Psychanalyse*, 4, (65), 1379-1387.

Roussillon, R., (1998). Désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité à créer. In Chouvier, B. Green, A. & Kristeva, J. *Symbolisation et processus de création*. Paris: Dunod.

Salvo, A. (1996). *Perversioni al femminile*. Milano: Mondadori.

Scafidi Fonti, G. M. Raso, M. I., Rosini, R., Audino, P., Maiorana, A., Alio, L., Clemente, L., G. Cardinale, & L. Giambanco, “*Endometriosi malattia sociale: la Qualità della Vita*”, in Atti dell’ 83° Congresso Nazionale SIGO, 48° Concorso AOGOI, 15° Congresso AGUI “Donna e Ambiente”, Napoli, 14-17 Ottobre 2007.

Scafidi Fonti, G.M. Raso, M.I., Rosini, R., Audino, P. 2008. *Funzionamento mentale e vissuto psicologico in donne affette da endometriosi*. in Atti dell’ International Conference “Highlights on Endometriosis”, Palermo, 12-14 Giugno.

Scafidi Fonti, G.M., Raso, M.I., Rosini, R. & Audino, P. “*La relazione medico paziente e la qualità della vita in donne affette da endometriosi*”, in Atti dell’ International Conference “Highlights on Endometriosis”, Palermo, 12-14 Giugno 2008.

Scafidi Fonti, G.M., Sarno, L., Castronovo, G., Clemente, L., Maiorana, A., Raso, M.I, & Epifanio M.S, *Studio dell’equilibrio mente-corpo su donne affette da endometriosi: verso una riconsiderazione della cura*. ATTI del Convegno Internazionale “Endometriosi: Malattia Sociale”, Roma, 22-25 Giugno 2005.

Schaeffer, J. (1999). Que veut la femme? Ou le scandale du féminin. In J. Schaeffer, M. Cournotjanin, S. Faure-pragier, F. Guignard (eds.), *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante et fille, Débats de psychanalyse* (pp.25-40) Paris: PUF.

Schaeffer, J., Kelly-Penot E. & De La Vega R. (2007). Peur et conquête du féminin à l’adolescence dans les deux sexes, *Adolescence*, 2 (25) pp. 261-277.

Schrier, A.M., Harlow, M.F., Stollnitz, F. (1965). *Behavior of Non Human Primates*. New York: Academic Press, 1965.

Seear, K. (2009). The etiquette of endometriosis: Stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Social Science & Medicine*, (69), 8, 1220-1227.

Segal H. (1957), «Notes sur la formation du symbole», in *Revue française de psychanalyse*, XXXIV, n°4, Paris, PUF, 1970.

Sepulcri, RD & Do Amaral, V.F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, 142 (1), 53-56.

Shah, J. (2003). The motivational looking glass: How significant others implicitly affect

- goal appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 424–439.
- Shah, J., Higgins, E. T., & Friedman, R. S. (1998). Performance incentives and means: How regulatory focus influences goal attainment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 285–293. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448–457.
- Slama, L. (1987). L'adolescent et sa maladie. Étude psychopathologique de la maladie chronique à l'adolescence. *Publications du CTNERHI* Paris: diffusion PUF, p. 165.
- Smadja C., (2001). Clinique d'un état de démentalisation, *Revue française de psychosomatique*, 1, (18), 11-27.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire*, Paris: PUF 2001.
- Smadja, C., (2004). La dépression inachevée. *Revue française de psychanalyse*, 4, (68), 1239-1252.
- Stern, D. N. & Bruschiweiler-Stern N., A. Freeland (1998). *The Birth of a Mother*. (Tr. It. *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Mondadori, Milano, 1999).
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern N. & A. Freeland (1998). *The Birth of a Mother: : how the motherhood experience changes you forever*. New York: Perseus Books. (Tr. It. *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Mondadori, Milano, 2000).
- Stoller R. (1975). *Sex and Gender*. Jason Aronson, New York. (Trad. It.) In Dio Bleichmar, E. *Il Femminismo Dell'isteria , disturbi narcisistici della femminilità*. Milano: Raffaello Cortina, 1994).
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender. The development of masculinity and femininity*. New York: Science house, London: Karnac Books, 1974.
- Sutherland, K. & Bryant, R.A. (2008). Autobiographical memory and the self-memory system in posttraumatic stress disorder, *Journal of Anxiety Disorders* 2,2 555–560.
- Tangney, J.P., Niedenthal Indiana P.M., Vowell Covert, M., & Hill Barlow, D. (1998) Are Shame and Guilt Related to Distinct Self-Discrepancies? A Test of Higgins's (1987) Hypotheses. *Journal of Personality and social Psychology*, 75, (1), 256-268.
- Ternynck, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris: Dunod.
- Thanopulos, S. (2009). Il desiderio della donna e la responsabilità materna. *Figure del Femminile. Rivista di Psicoanalisi Monografie*. Roma: Borla, 45-53.
- Veale, D., Kinderman, P., Riley, S., & Lambrou, C. (2003). Self-discrepancy in body

- dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 2, 157-169.
- Vegetti Finzi, S. (1982). Archeologia dell'immaginario femminile. In Buzzatti et al. (Eds.), *Verso il luogo dell'origine*. Milano: La Tartaruga.
- Vegetti Finzi, S. (1997). *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*. Milano: Mondadori.
- Vegetti Finzi, S. (2000). *Il romanzo della famiglia. Passioni e ragioni del vivere insieme*. Milano: Mondadori.
- Vegetti Finzi, S. (2001). Il desiderio femminile tra libertà e responsabilità. *Bioetica*, 1, 197-210.
- Vegetti Finzi, S. (1995). Un amore necessario: il rapporto madre-figlia, Seminario Istituto Studi Filosofici, Napoli, Materiali non pubblicati.
- Vegetti Finzi, S. (1990), *Il bambino della notte*, Milano: Mondadori.
- Vegetti Finzi, S. (1996) Atti Convegno Internazionale "Sintomi-Corpo-Femminilità" (Bologna, 12-13-14 ottobre).
- Vigneri, M. (2009). Essere donna oggi, l'attacco alla maternità. Giuffrida. *Figure del Femminile. Rivista di Psicoanalisi Monografie*. Roma: Borla, 11-23.
- Waters, S. T., Francis, J. K., & Straumann, T. J. (2004). Self-Discrepancy in Chronic Low Back Pain: Relation to Pain, Depression, and Psychological Distress. *Journal of Pain and Symptom Management* 251 Vol. 27 No. (3).
- Waters. S. J., Francis, J.K. & Strauman, T. J. (2004) Self-Discrepancy in Chronic Low Back Pain: Relation to Pain, Depression, and Psychological Distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 251, 27, (3) 2004.
- Wendy Kuohung, M.D., Jones, G., Vitonis, A. F., Cramer, D.W., Kennedy, S., Daniel Thomas, M.S., Mark, D. & Hornstein, M.D. Characteristics of patients with endometriosis (October 2002). *United States and the United Kingdom, fertility and sterility*, Volume 78, 4, 767-772.
- Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Collected papers, through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). London: Tavistock Publications, 1958. (Tr. It. La preoccupazione materna primaria, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (pp. 56-74) Martinelli, Firenze, 1975)

Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. *International Journal of Psychoanalysis*, 26, 137-143.(Trad. it. Lo sviluppo emozionale primario, in D.W. Winnicott Dalla pediatria alla psicoanalisi. (pp. 175-189). Martinelli, Firenze, 1975.)

Winnicott D.W. (1958), *Collected papers, through paediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock Publications, 1958. (Tr. It. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975).

Winnicott D.W. (1955-56). Les formes cliniques du transfert » tr. fr., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. de l'angl. *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis* par J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1969, p. 279-284.

Wischmann, T. (2005). Psychosocial aspects of infertility disorders. *Urologia*, 44, (2) 185-194.