Vol. 38 - N. 4
Dicembre 2019

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Collaboratori 2016-2018

Ilaria Baini, Gabriele Bazzocchi, Arianna Bortolami, Stella De Chino, Davide De Vita, Umberto Ferro, Elena Frighetto, Mariella Fusco, Fabio Gaj, Donatella Giraudo, Guerrino Giorgetti, Mauro Menarini, Andrea Meneghini, Umberto Nardi, Stefano Salvatore, Désirée Uguccioni dei Buondelmonti

Sezioni

Ginecologia estetica
Medicina complementare
Medicina legale
Medicina narrativa
Pelvi-perineo-cultura
Riabilitazione/perineo felice
Storia della pelviperineologia

Collaborazione con

Società Italiana di Pelvi-perineologia e di Urologia Femminile e Funzionale

Integrated Pelvis Group

Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale

Club Amici della Proctologia e Perineologia

Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico

Editore e direttore responsabile
Giuseppe Dodi

Indice

60 **Stomia e sessualità**
C. Bertelli

64 **La pedofilia. Parte 2**
A. Ambrosetti, N. Del Longo

71 **Un approccio rieducativo ed emozionale al prolasso uterino dopo il parto**
S. De Chino

73 **In ricordo del Cav. Gian Paolo Oddenino**
G. Dodi

74 **Il racconto di Federica. Il serpente a sonagli**
F. Piloni

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510)

Trimestrale di informazione scientifica
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)

www.pelviperineologia.it

Redazione e stampa:
Centro Copie
Via Cavallotti, 383
Chioggia (VE)
centrocopie.rb@libero.it
giuseppe.dodi@unipd.it

Articolo originale

Stomia e sessualità

CATERINA BERTELLI

Psicologa-psicoterapeuta libera professionista
AISCAM Castelfranco Veneto e Montebelluna (TV)

Riassunto: la sessualità è parte della vita individuale di ciascuno ed è influenzata da esperienze personali, dall'educazione ricevuta, da norme sociali e dal contesto culturale di appartenenza. La stomia in quanto visibile nel corpo diventa un ostacolo alla manifestazione del desiderio sessuale. Ne modifica l'immagine corporea ma ancor di più può inficiare l'identità di una persona. Il paziente stomizzato ritiene di non aver motivo di parlare della propria sessualità e della sofferenza soggettiva arrecata dalla nuova situazione. Dunque si ritiene indispensabile che in un'ottica olistica di presa in carico del paziente stomizzato, ogni figura professionale che concorre alla diagnosi, cura e riabilitazione del paziente possa osservare, raccogliere informazioni e comprendere il vissuto della persona stomizzata anche relativamente alla sfera più intima. Buona prassi sarebbe l'introduzione di uno strumento soggettivo come lo STOMAQL per valutare il benessere soggettivo. La presenza dello psicologo diventa non solo utile ma indispensabile per accompagnare il paziente e il partner in tutte le fasi della malattia al fine di prevenire un malessere che può sfociare in un disturbo d'ansia, in un disturbo depressivo e in problematiche sessuali. Quest'ultime possono essere sia causa che conseguenza della cura per la problematica che ha portato al confezionamento della stomia. In ultima analisi, nel presente lavoro si evidenzia come la partecipazione dei pazienti a gruppi di mutuo aiuto nel post intervento faccia ritrovare più facilmente e velocemente la sensazione di essere protagonisti della propria vita.

Parole chiave: Stomia; Sessualità; Supporto psicologico individuale; Coppia

Summary: Sexuality is part of everyone's individual life and is influenced by personal experiences, the education received, social norms and the cultural context to which they belong. The ostomy as visible in the body becomes an obstacle to the manifestation of sexual desire. It changes the body image but even more so it invalidates a person's identity. The ostomate patient believes that he has no reason to talk about his sexuality and the subjective suffering caused by the new situation. Therefore it is considered indispensable that from a holistic point of view in taking care of the ostomate patient that every professional figure that contributes to the diagnosis, care and rehabilitation of the patient can observe, collect information and understand the experience of the ostomy person also in relation to the most intimate sphere also. The introduction of a subjective tool such as the STOMAQL to evaluate subjective well-being would be useful. The presence of the psychologist becomes not only useful but essential to accompany the patient and partner in all phases of the disease in order to prevent a malaise that can lead to an anxiety disorder in a depressive disorder and sexual problems. The latter can be both cause and consequence of the cure for the problem that led to the packaging of the ostomy. In the final analysis, in this work it is evident that the participation of patients in groups of mutual aid in the post-operative intervention makes it easier and faster to find the sensation of being protagonists of one's own life.

Keywords: Ostomy; Sexuality; Psychological Support individual; Couple

INTRODUZIONE

Stomia e sessualità come binomio che ha in comune il corpo. La stomia è un'apertura nel corpo resasi necessaria in seguito ad una disfunzione che colpisce un apparato e nello specifico di questa trattazione urinario o gastrointestinale. La sessualità si può definire come la modalità attraverso cui vengono coinvolti gli organi sessuali di un individuo. Essa è influenzata dall'esperienze personali, dall'educazione ricevuta, da norme sociali, dal contesto culturale di appartenenza. Per concretizzare si può pensare a come ci si veste, nei negozi di abbigliamento il settore vestiti per uomini è diviso da quello delle donne. Regalare una rosa rossa rappresenta convenzionalmente un messaggio di affetto, di amore. Anche la religione può influire sulla sessualità: un esempio può essere lo shador che indossano le donne di religione musulmana, le quali possono toglierlo solo in presenza di altre donne o del proprio marito. E poi il make up può essere un indice del genere che ci rappresenta. Sia uomini che donne possono usare il trucco per mostrare il proprio orientamento sessuale e la propria bellezza e questo è trasversale in quanto si ritrova in molte culture. I Guéremol (tribù africana) ad esempio mettono in competizione giovani uomini che danzano sfoggiando ornamenti elaborati e vivaci pitture facciali. Lo scopo? Attirare su di sé l'attenzione delle giovani donne in cerca di marito. In ogni parte del mondo la sessualità è parte integrante della vita di ciascuno e ne definisce l'identità. La sua funzione assume valore diverso a seconda del bisogni che va a soddisfare. Maslow[1] aveva colto questo aspetto e lo aveva espresso nella piramide dei bisogni da lui "costruita" (Fig.1).

La sessualità o meglio il sesso è stato inserito tra i bisogni fisiologici in quanto viene visto come indispensabile ai fini della riproduzione e della sopravvivenza della specie e anche tra i bisogni di appartenenza come intimità sessuale. In entrambe si evidenzia la necessità della presenza di almeno due persone che interagiscono fra loro e fra le quali viene a

Fig 1. La piramide dei bisogni di Maslow (1954).

crearsi un patto, un'alleanza: essi hanno un obiettivo comune che viene condiviso. Tutto può sembrare semplice, facile da gestire e così può essere se nella coppia vi è serenità, armonia, dialogo. A volte però, basta un trauma, una frattura che può venire da una malattia che ha esiti nel corpo per mettere in discussione un equilibrio. Le esigenze del singolo hanno la prevalenza su quelle della coppia. Le priorità corrono su binari diversi ed è come se non vi potesse mai essere lo scambio che li può riportare nello stesso. Le certezze rispetto a chi è l'altro, al pensare di conoscerlo a sufficienza per fidarsi e confidarsi vengono meno. E così può succedere quando vi è il confezionamento di una stomia addominale. L'immagine corporea viene a modificarsi. Non è "solo" una questione di sacchettino sulla pancia per la raccolta dei liquidi biologici ma può anche emettere odori e rumori in modo incontrollato. Ciò che si modifica è l'idea che la persona ha di se stessa. Inizia a pensare di non essere più quella di prima, di essere piacevole, amabile, desiderabile, in una parola, perde la stima di se stessa.

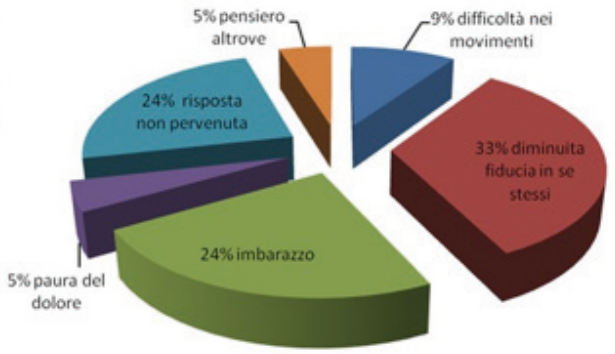
LE CARATTERISTICHE DEL FENOMENO

La letteratura scientifica presenta negli ultimi decenni numerosi studi sul tema, dimostrandone così l'interesse per un argomento considerato per lungo tempo tabù. La tradizione cristiana quantomeno nel contesto europeo ha influito il pensiero sociale considerando la sessualità come peccaminosa e utile solo al fine della procreazione. Oggigiorno l'esigenza di conoscere il corpo umano, la sua fisiologia oltreché l'affermarsi della visione olistica dell'individuo ha permesso alla scienza di evidenziarne i limiti e le possibilità. Ha fatto emergere come corpo e mente si possono influenzare vicendevolmente. E questo può avere ripercussioni sulla costruzione dell'idea che la persona ha di se stessa, degli altri e del mondo. Riguarda quindi anche la relazione tra l'individuo e la sua stomia, tra l'individuo, la sua stomia e la sessualità. Innanzitutto è doveroso ricordare come l'intervento di confezionamento della stomia possa comportare conseguenze sul pavimento pelvico, sulla funzionalità dell'apparato riproduttivo. In un articolo pubblicato a luglio 2017 da Albaugh e collaboratori[2], si conferma che possono venire lesionate alcune terminazioni nervose o vi può essere un non sufficiente apporto di sangue ad alcune strutture dell'apparato genitale. Ciò può comportare l'alterazione del desiderio sessuale, una minore attivazione, un diminuito o assente orgasmo sia negli uomini che nelle donne Inoltre nelle donne vi può essere dolore sessuale o dispaurenia, secchezza vaginale o atrofia. Negli uomini si può ritrovare difficoltà nel riuscire ad avere o mantenere l'erezione oppure eiaculazione precoce o tardiva. A ciò si possono aggiungere problematiche legate alla chemioterapia e alla radioterapia. Va aggiunto che quanto riportato può essere altresì conseguenza di un disagio psicologico dovuto alla difficoltà di accettare la nuova condizione di stomizzato e di adattarsi alla stessa. L'accettazione può avvenire solo nel momento in cui la persona non si vede diversa dalle altre, non si identifica con essa, non reagisce nella quotidianità alla stomia ma, agisce nonostante la stessa. La persona deve poter sentire di essere protagonista della propria vita, avere agency rispetto agli eventi che si verificano.

Nello studio pubblicato nel 2018 Japan journal of Nursing Science da Park e collaboratori[3] si evidenzia come persone anziane con stomia abbiano un maggior rischio di depressione a causa di un ritiro sociale, di una minore soddisfazione in attività prima piacevoli, oltreché un impoverimento della propria condizione economica. In quest'ultimo articolo si fa riferimento nelle conclusioni dell'importanza di un supporto psicologico sia individuale che di gruppo per questa tipologia di pazienti. Un dato allarmante è stato riportato nella review pubblicata in Nuring Research and Reviews del 2014[4]: Krouse e colleghi hanno riscontrato che vi è un aumento di pensieri suicidari nei primi mesi dopo il confezionamento di una stomia sia nelle persone di genere maschile che femminile. Alcuni studi come il "Depression, Anxiety, Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patiens with Ileostomy or Colostomy" di Bahayi e collaboratori[5] afferma come nei pazienti stomizzati vi sia un aumento statisticamente significativo rispetto ad un campione di controllo di sintomi legati a sintomi riconducibili all'ansia, una minore sensazione di piacere relativa all'attività sessuale e anche una maggiore astinenza sessuale e una minore qualità di vita. Nello studio di Krouse e colleghi[6] è stato rilevato che soltanto il 34.5% (n = 207) dei pazienti continua a soddisfare i bisogni legati alla sfera sessuale dopo il confezionamento della stomia. Il 100% (n = 6) dei pazienti intervistati da Popek e colleghi[7] ha riferito di aver "dimenticato" la sfera sessuale per vergogna del nuovo corpo. Per puntualizzare oggettivamente qual è il vissuto di una persona stomizzata rispetto alla sessualità si riporta quanto descritto in un articolo pubblicato sulla Rivista "L'infermiere"[8]. Nell'intervista somministrata a 31 persone con un'età media di 54 anni è emerso che il 68% delle persone esaminate ha affermato che la propria sessualità è cambiata in seguito al confezionamento dello stoma. I problemi legati alla sessualità sono stati più sentiti dalle donne. La maggior parte delle persone che ha partecipato all'indagine ha riferito di provare vergogna nel mostrare la sacca, ma anche paura che quest'ultima possa rompersi e/o che si possano percepire rumori o odori sgradevoli. La sensazione di essere meno attraenti dopo il confezionamento della stomia è comune al 61% delle persone. Nella Fig.2 si riporta il grafico a torta in cui sono riassunte in percentuale le risposte degli intervistati:

La diminuita fiducia in se stessi e l'imbarazzo sembrano collegati all'immagine corporea. Inoltre è stata espressa intolleranza al tocco e percezione di essere sporco. Il dato che sorprende maggiormente è il 24% di risposta non pervenuta. Le riflessioni che si possono fare sono diverse; dal non dare importanza all'argomento in quanto la sessualità non è ritenuta un bisogno per la propria vita, al non sentire sia utile parlarne perché è una questione personale. Qualche volta la sessualità è un argomento del quale mancano le parole per definirla e quindi per affrontarla o manca la conoscenza delle parti del corpo. Per favorire il dialogo rispetto a tale argomento si possono utilizzare dei questionari che vadano a misurare la qualità di vita della persona. Questa, può essere definita attraverso degli indicatori di benessere forniti dall'Istat che valutano la salute, il lavoro e la conciliazione con i tempi di vita, il benessere economico, le relazioni sociali, il benessere soggettivo e altri ancora. La salute è centrale in quanto in caso di alterazione va a modificare le altre dimensioni condizionando i comportamenti, le relazioni sociali, le

Fig. 2. Il vissuto legato alla sessualità.



opportunità e le prospettive dei singoli e delle loro famiglie. Per la persona stomizzata la qualità di vita vede tra gli effetti di disagio fisico l'odore/gas, i problemi sulla pelle intorno lo stoma, la fatica, i disturbi del sonno, tra quelli di disagio psicologico l'ansia, la depressione, il senso di incertezza, la difficoltà di incontrare persone, nel contesto sociale, l'imbarazzo, l'isolamento, si ripercuote nelle attività e nelle relazioni sociali e personali provocando un distress famigliare. Inoltre vanno considerati il significato che viene attribuito alla parola vivere, la spiritualità e la religione. L'AIOSS – Associazione Italiana Operatori Sanitari in Stomaterapia – su richiesta e con il supporto di COLOPLAST e in stretta collaborazione con il Laboratorio Nursing Studies and Evidence Based dell'Università di Padova, ha condotto lo studio di validazione dello strumento STOMA-QOL – versione italiana. Nel 2013 nella rivista Colorectal Disease vi è stata la pubblicazione dell'articolo "Validation of a stoma-specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy" a cura di Canova e colleghi[9]. Tale strumento è composto da 20 domande con risposta su scala likert con quattro possibili risposte: Sempre, qualche volta, raramente, per niente. Tra le domande ve ne sono alcune più relate alla sessualità tra cui "a causa della stomia mi sento sessualmente meno attraente, mi preoccupo che la sacca di raccolta possa staccarsi, provo imbarazzo a causa della mia stomia, mi preoccupo che la mia condizione sia un peso per le persone che mi circondano, evito contatti fisici ravvicinati con i miei amici". Essendo il questionario di facile comprensione e compilabile in pochi minuti si evita l'ansia da prestazione e il timore del giudizio che potrebbero insorgere se fosse più lungo e complesso. Inoltre la persona può rispondere senza avere davanti a sé qualcuno che attende la sua risposta. Il professionista può grazie a tali risposte avere un punto di partenza per costruire una relazione d'aiuto.

IL SUPPORTO PSICOLOGICO

Si parla sempre più spesso di mettere al centro la persona nel processo di cura. Tale concetto trova nel modello bio-psico-sociale il suo fondamento teorico. Sviluppato da Engel negli anni Ottanta[10] sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1948 dall' Organizzazione Mondiale della Sanità. Salute non solo come assenza di malattia ma come benessere soggettivo. Per poter curare una malattia non ci si può occupare solo degli organi disfunzionali ma si deve porre attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione e la guarigione. Per poter attuare tale principio diventa inevitabile che vi sia una multidisciplinarietà: più professionisti che si occupano della stessa persona, un equipe che si confronta e interagisce continuamente. Personale adeguatamente formato con caratteristiche di efficienza, professionalità e con una specificità che incontra e dialoga con gli altri professionisti. Dunque medici chirurghi, oncologi, infermieri, infermieri enterostomisti, operatori socio sanitari, fisiatri, psicologi, sessuologi e altre figure professionali che lavorano mettendo al centro la relazione e l'interazione tra loro e con il paziente. Ogni figura può cogliere e accogliere informazioni utili ad altri professionisti. Lo psicologo in particolare si pone trasversalmente in ogni fase della cura della persona. Sin dal momento della presa in carico può essere importante la sua presenza per la comunicazione e condivisione di notizie rispetto alla diagnosi, alla prognosi, alle terapie proposte fino alla conclusione dei trattamenti. Disagio, preoccupazione, paura per se e per i propri cari, possono emergere in ogni fase del percorso di cura. Lo psicologo come esperto di processi sottostanti ai contenuti portati dai pazienti e dai loro famigliari. La diagnosi talvolta arriva in modo brusco, improvviso, in seguito ad un intervento chirurgico eseguito in urgenza mentre altre volte dopo alcune settimane di accertamenti clinici. In entrambi i casi vi è una reazione di shok, incredulità, spavento. Le reazioni posso portare a negare la malattia e fare come se nulla fosse creando un disorientamento nei famigliari, così una reazione di rabbia, di irritabilità che rende difficile la comunicazione. E' una fase delicata dalla quale può determinarsi l'aderenza alla cura. Spesso le persone malate, con diagnosi a prognosi incerta entrano in una sorta di guscio che psicologicamente le protegge. Il loro obiettivo diventa sopravvivere alla malattia. Sono disposte a rinunciare a qualsiasi altro bisogno. Cominciano a pensare che nessuno le può capire, che nessuno può sentire il loro dolore psicofisico, parlare è inutile, la situazione non potrà mutare. Limitano la vita sociale all'essenziale. In famiglia preferiscono il silenzio. La persona non si riconosce più in quel corpo diverso, mette in discussione se stessa. Cambia il sistema di valori che fin prima dell'intervento chirurgico erano dei capisaldi per sentirsi vitale, vengono messi in discussione i ruoli sociali che l'hanno sostenuta e in cui si è identificata. Qualora ci fosse un partner, diventa un "nemico" una persona da tenere distante come se potesse fare ulteriormente male ed aggravare la sensazione di vuoto, malessere e senso di inutilità. La propria vita viene a catapultarsi in una irrealtà piuttosto che in una realtà, non ha anticipazioni, esperienze precedenti che possa dare delle coordinate. Mancano gli strumenti per affrontarla. Può provare rabbia sia verso se stessa che verso persone famigliari, tristezza per veder infranti i propri progetti di vita e le proprie certezze sul presente e sul futuro. Gli altri ed in particolare il partner diventa una persona da cui allontanarsi e da allontanare piuttosto che avvicinare. Per proteggere e salvaguardare se stesse proiettano su altre persone le proprie angosce. Cominciano a dire che non possono essere più amate, non sono più attraenti, non sono piacevoli non solo fisicamente ma anche intellettualmente. E la paura che i propri pensieri e le proprie paure vengano confermate le porta a non confrontarsi con nessuno e quindi nemmeno col partner. D'altra parte quest'ultimo per il timore di ferire maggiormente la persona amata si ritira, utilizza frasi del senso comune come "non preoccuparti, va bene così" o semplicemente, il silenzio; la razionalizzazione come processo che permette di contenere angosce, diventa un apparente equilibratore della relazione, l'escamotage per mettere a tacere desiderio e passionalità Il supporto psicologico diventa quindi indispensabile inserito in un quadro di presa in carico della persona stomizzata. L'obiettivo sarà di permettere al paziente e al partner singolarmente o in coppia di esprimere il proprio vissuto, di raccontare e raccontarsi il disagio determinato dalla nuova condizione di stomizzato. Frammentare aspetti identitari fin prima funzionali per generarne di nuovi, adatti alla novità che diventerà normalità. Ricreare un ciclo dell'esperienza che possa far rivedere e risentire il singolo e la coppia come protagonisti della propria vita. Il supporto psicologico si esplica attraverso il dialogo teso a rendere la persona in grado di leggere gli eventi in una chiave di fiducia e speranza. Lo psicologo qualora lo ritenga opportuno e ne abbia adeguata formazione, con il consenso del paziente, può utilizzare metodologie quali si cita a titolo esemplificativo e non esaustivo l'ipnosi eriksoniana per riconnettere mente e corpo attraverso la tecnica immaginativa; alcuni studi pubblicati su riviste scientifiche[11,12], hanno evidenziato come favorisca il rilassamento, aumenti la sensazione di piacere, di desiderio sessuale e riattivi risorse interne che già la persona ha ma che in seguito alla malattia ha disconosciuto. In particolare si è visto che risolve problematiche legate alla dispareunia nella donna, difficolta di arrivare e mantenere l'erezione nell'uomo e nell'orgasnemia. Favorisce la resilienza, migliora l'autostima e di con-

seguenza la fiducia in se stessa nel proprio presente e nel proprio futuro. Proprio quest'ultima è un valido indicatore di miglioramento della qualità di vita. Il senso di efficienza e autoefficacia permette di avere obiettivi e di fare programmi che vanno a vitalizzare la propria esistenza. Esistere come etimologicamente significa "venire fuori" ossia uscire da una vita che rende schiavi, prigionieri. E nell'intimità, nella vita sessuale è più vero che mai. La persona per concedersi ad un'altra deve sentirsi libera da pregiudizi, sicura di poter abbandonarsi al piacere del momento, desiderata e amata. Il tutto deve avvenire in modo spontaneo e senza tempo. Nella sessualità emerge la parte più istintiva della persona e della sua personalità. Attraverso i sensi viene a contatto con un corpo che diventa parte di sé nel quale si riconosce. Tutti i sensi ne vengono coinvolti: la vista che permette di vedere il corpo, lo sguardo, la mimica dell'altro, l'udito per sentire le parole sussurate, il respiro, il tatto che crea il contatto e avvicina o allontana attraverso il caldo o il freddo che emana, l'olfatto fa riconoscere il profumo dell'altro e il gusto principale attore dell'attività sessuale: la lingua e il bacio attraverso la bocca sono il filo conduttore di tutto il tempo dell'intimità. Sessualità quindi come consapevolezza e accettazione e amore per se stessi, e intimità come possibilità di sperimentare la vicinanza emotiva di un altro essere umano.

Il supporto psicologico si può esplicare nel post intervento chirurgico anche attraverso gruppi di mutuo aiuto in cui grazie al setting in cui le persone si siedono in cerchio le une accanto alle altre si crea interazione e senso di appartenenza. Sentono come importante avere un tempo e uno spazio in cui non sperimentano diversità ma normalità. Tutti hanno in comune un vissuto con la stomia. Le persone si identificano nelle altre grazie al loro racconto, alla narrazione della loro storia di malattia. Sentono di condividere pensieri di preoccupazione, di paura, di tristezza, disagio. Il linguaggio utilizzato diventa strumento di trasformazione, di cambiamento della prospettiva negativa anticipata. Da circa quattro anni sono facilitatrice di due gruppi di mutuo aiuto e quindi mi permetto di raccontare la mia esperienza. All'inizio, quando arrivano in gruppo, generalmente ascoltano, poi iniziano timidamente a chiedere consigli pratici su come gestire aspetti tecnici della quotidianità come farsi la doccia, utilizzare accessori anti odori, pomate per irritazioni cutanee, e poi piano piano a chiedere come poter fare "l'amore", se possono ancora, magari lo domandano in sordina al facilitatore che poi aiuta a riportarlo nel gruppo. La tematica viene affrontata con rispetto delle differenze di pensiero e delle credenze, dei valori personali. L'imbarazzo iniziale si trasforma in un bisogno di esplicitare il desiderio, il piacere dato da un atto che genera vita e buon umore. Il facilitatore non è un conduttore ma ha il ruolo di permettere e agevolare lo scambio tra i partecipanti. Non è un formatore, un esperto di conoscenze ma la sua presenza agevola l'emergere di quel non detto dato dal "nessuno mi può capire". Nel gruppo le persone si sentono al sicuro, in un ambiente famigliare, sperimentano il piacere di stare con altre persone, il desiderio di ritornare alla comunità, di vivere esperienze sociali senza preoccuparsi per la stomia. Una soluzione è sempre possibile perché basta portare con sé un cambio di vestiario se proprio dovesse succedere qualcosa e una toilette è presente in ogni dove. Non si sentono più investiti del ruolo di malati ma di persone comuni, con le loro esigenze e soprattutto con la voglia di vivere.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il binomio stomia sessualità dunque è possibile. Non è un argomento privato ma pubblico che riguarda la colletività pur con declinazioni individuali. La sessualità appartiene all'essere umano come bisogno per arrivare alla piena autoderminazione. Nella malattia va considerata nella stessa misura che nel tempo della salute. La stomia come opportunità e non come limite. Nel momento in cui una persona riesce ad elaborare e interiorizzare il percorso che l'ha portata al confezionamento della stomia riuscirà a parlarne con le persone che già appartengono al proprio entourage relazionale o che vorrà conoscere. Si sentirà libera di esprimersi e di raccontare la propria storia di vita come capitoli di un libro che ha ancora molte pagine vuote da riempire.

BIBLIOGRAFIA

1. Maslow, Abraham H., Motivazione e personalità. Roma: Armando, 1973
2. Albaugh Ja, Tenfelde S. Haiden DM : Sexual Dysfunction and Intimacy for Ostomates.In Clinic Colon Rectal Sur., 2017; 3: 201-206
3. Park S, Jang IS, Kim YS Risks for depression among ostomates in South Korea Japan Journal of Nursing Science. 2018;15:203-209
4. Jennie Burch "Optimal support systems for patients with stomas – an opinion piece" in Nursing: Research and Reviews 2014; 4: 101-108
5. Bahayi K, Attaallah W, Yardimci S et al. Depression, Anxiety, Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patiens with Ileostomy or Colostomy" Turkish Journal of Colorectal Disease 2018; 28: 231-236
6. Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., et al. Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. Journal of Surgical Research. 2007; 138: 79-87.
7. Popek S, Grant M, Gemmill R et al. . Overcoming challenges: life with an ostomy. The American Journal of Surgery. 2010; 200: 640-645.
8. La sessualità del paziente stomizzato: analisi del suo vissuto Bernini C. Vaccari C., Lami N., Ferri P. http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-5.htm
9. Canova C, Giorato E, Roveron G et al. Validation of a stoma□ specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy. Colorectal Disease 2012; 15: 692-698
10. Engel GL, The need for a new medical model. A challenge forbiomedicine. Science 1977; 196:129-136
11. Araoz D. Hypnosis in Human Sexuality Problems. American Journal of Clinical Hypnosis. 2005; 47: 229-242
12. Pukall C, Kandyba K, Amsel R et al. Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation. Journal Sex Medicine. 1999: 417-425

Corrispondenza:

Dott.ssa Caterina Bertelli
Psicologa-psicoterapeuta libero professionista
Associazione Incontinenti e Stomizzati Castelfranco Veneto e Montebelluna (TV)
Via Marcoai 2/1 31010 Asolo TV
caterina.bertelli@yahoo.com

La pedofilia. Parte seconda

ANDREA AMBROSETTI[1], NEVIO DEL LONGO[2]

[1]*Centro Italiano Studio e Sviluppo Psicoterapia a Breve Termine, Associazione Italiana Sessuologia e Psicologia Applicata (AISPA)*
Direttore Istituto Italiano "Max Lüscher", Istituto Universitario Salesiano (IUSVE), Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia Università di Trieste.

Riassunto: Nella prima parte sono stati presentati i vari identikit delle personalità affette da pedofilia. Nella seconda si espone lo stato delle terapie utilizzate ad oggi con pazienti pedofili arrivando a dimostrare che il test di Lüscher individua alcuni tratti di funzionamento psicologico fondamentali di questa parafilia consentendoci diagnosi certa e terapie ad hoc per ogni tipologia di paziente che ne sia affetto. Le conclusioni eleggono il test di Lüscher quale miglior strumento sia in ambito clinico che forense.
Parole chiave: Pedofilia; Test di Lüscher; Abuso sessuale; Minori; Molestatori sessuali

Pedophilia. Part two.
Abstract: In the first part was presented the pedophile profile categorization, in the second we present the therapies used in pedophile patients. The psychological profile of the paraphiliac patient is highlighted in order to create a therapeutic intervention plan. The study shows that the Luscher test helps the diagnosis in identifying orientation traits towards paraphilia, and the psychotherapeutic treatment in assessing ad hoc work areas for the pedophile patient. We conclude in electing the Lüscher test as a useful tool for psychotherapists in both clinical and forensic fields.
Keywords: Pedophilia; test di Lüscher; Sexual abuse; Minors; Child molester

STRATEGIE TERAPEUTICHE NELL'APPROCCIO AL PEDOFILO

Le problematiche sulle quali terapeuta e paziente dovranno confrontarsi sono[1] decisamente complesse. Il primo step è rendere consapevole il paziente di aver arrecato un danno alla vittima e fargli capire quale impatto ha avuto il suo gesto sulla vita stessa della vittima. Per poter far questo il terapeuta deve essere dotato di grande empatia. Si procede quindi cercando di capire a fondo la devianza sessuale del paziente. Lo scopo è una rieducazione sessuale che porti ad una riduzione dello stress, ad una maggiore capacità di gestione e controllo della rabbia ponendo le basi per un'armonica calma. Rendendo consapevole il paziente della sua vita, dei suoi ricordi autobiografici, dei suoi valori morali ed etici di riferimento si tenta una risocializzazione tenendo sempre in considerazione le relazioni interpersonali.[2] Si necessita di un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale dei pazienti affetti da questa parafilia. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti in modo da evitare ogni ulteriore abuso. (Come da legge n. 354 del 1975 o nuova convenzione di Lanzarote)[3].

Di seguito affrontiamo le terapie che hanno dato luogo a miglioramenti in personalità pedofile.

Psicoterapia psicodinamica di gruppo

La psicoterapia di gruppo offre ai pazienti la possibilità di condividere esperienze, ottenere informazioni , imparare a controllare gli impulsi inaccettabili e trovare accoglienza. Nella terapia di gruppo viene proposta anche la tecnica detta "terapia della vergogna", utilizzata da Serber[4], che si è rilevata utile nel trattamento dei pedofili: il soggetto è invitato a mettere in atto il suo comportamento deviante di fronte a collaboratori dei terapeuti, i quali vengono opportunamente istruiti a mostrare nei confronti del soggetto un atteggiamento di scherno e disapprovazione.

La psicoterapia psicodinamica di gruppo[5] nel trattamento di pazienti pedofili e aggressori sessuali, ha avuto effetti positivi così come nel trattamento delle dipendenze da alcool e droga. Il fatto di poter condividere un problema con chi ha provato le stesse emozioni, può essere di stimolo al cambiamento e soprattutto può aiutare a tollerare la difficoltà nel modificare il comportamento offensivo stesso: il gruppo diventa quindi sostegno, aiuto, conforto e soprattutto un'entità di confronto non giudicante.

L'incontro durante la psicoterapia di gruppo è diviso in tre fasi. La prima fase consiste in una rielaborazione dei contenuti emersi nella sessione precedente, la fase centrale è sede di esplorazione di contenuti aggiuntivi, la terza fase offre al singolo la possibilità di confrontarsi con uno psicoterapeuta a livello individuale per poter elaborare i propri vissuti. La psicoterapia psicodinamica[6] porta all'acquisizione di una responsabilità personale nei comportamenti sessuali, incrementa la capacità di prendere decisioni adeguate, porta all'accettazione delle regole sociali e delle figure giudiziarie, aiuta il paziente ad utilizzare sempre meno potere, coercizione e controllo nelle proprie relazioni interpersonali, aiuta lo sviluppo di una sessualità sana e porta ad una maggiore consapevolezza delle problematiche relative all'adolescenza e all'età adulta; aiuta inoltre il paziente a gestire i comportamenti impulsivi, migliora la comunicazione assertiva di sentimenti e bisogni, riduce le distorsioni cognitive nelle relazioni interpersonali e nella sessualità e porta ad una maggiore consapevolezza di pensieri, emozioni e sentimenti che sorreggono il comportamento deviante.

Terapia comportamentale - le distorsioni cognitive

Il pedofilo tende a vedere il bambino come "essere sessuale", tende a credere nell'incontrollabilità degli impulsi sessuali" e ad avere distorsioni nella definizione della sessualità stessa.[7] Spesso i pedofili credono che i bambini amino fare sesso con gli adulti, ricerchino attivamente di impegnarsi in tali attività con loro e non ne vengano danneggiati[8]. Il pedofilo inoltre tende a negare o minimizzare il danno arrecato al bambino[9]; sposta la responsabilità su altri o su fattori situazionali.[10] Le distorsioni cognitive hanno origine dalla combinazione di credenze, valori, scopi e azioni ad essi associati. Tre sono i livelli di analisi: il micro livello, focalizzato su credenze, valori o azioni dell'individuo; il meso livello, focalizzato sulla relazione tra i progetti di vita dell'individuo e le condizioni ambientali in cui questi progetti vengono realizzati; il macro livello, focalizzato sulla più ampia relazione tra il sexual offender e l'ambiente culturale e sociale nel quale è inserito. Sette invece le caratteristiche tipiche delle distorsioni cognitive dei molestatori sessuali: l'incontrollabilità, la percezione del mondo come pericoloso, la convinzione di avere autorizzazione a compiere atti offensivi, la visione dei bambini come esseri sessuali, la minimizzazione del danno arrecato, la convinzione che le donne sono impossibili da conoscere, la visione delle donne come oggetti. Nel pedofilo la negazione è multidi-

mensionale e si manifesta quindi in vari modi e maniere. Con il rifiuto il sexual offender nega l'esistenza dell'aggressione o il suo coinvolgimento. Tramite la minimizzazione invece riconosce che qualcosa nel suo comportamento è stato percepito come problematico o persino pericoloso ma lo minimizza. Le spiegazioni fornite mirano essenzialmente a spostare la responsabilità su altre persone o fattori esterni che attenuano la colpevolezza del sexual offender mentre con la depersonalizzazione l'aggressore cerca di negare la possibilità che egli possa essere predisposto a commettere tali atti[11]. Il pedofilo soffre di un grave deficit della capacità empatica. Per empatia si intende la capacità di "sentirsi dentro l'altro". L'empatia è caratterizzata da tre componenti: la capacità di identificare accuratamente lo stato emotivo degli altri e percepire come gli stessi potrebbero rispondere ad una certa situazione, abilità questa primariamente cognitiva, la capacità di rispecchiare e vivere le emozioni dell'altro nella propria interiorità e in ultimo il desiderio di aiutare, la premura non inclusa in alcuna definizione di empatia ma importante nella considerazione dei deficits degli aggressori sessuali. Marshall, insieme ai suoi collaboratori[12], identificò l'empatia come un processo stadiale. Il primo stadio caratterizzato dal riconoscimento delle emozioni proprie e dell'altro, il secondo dalla presa di prospettiva dell'altro e un terzo stadio in cui entra in campo la decisione di agire tenendo conto o meno dei sentimenti dell'altro. All'interno degli approcci psicoterapici attualmente disponibili per la cura della pedofilia, la terapia cognitivo-comportamentale fornisce un valido supporto, ponendosi come obiettivo il controllo degli impulsi sessuali verso i prepuberi e la riduzione dei comportamenti devianti attraverso l'utilizzo di programmi di condizionamento. E' tuttavia necessario lavorare al cambiamento dei comportamenti sociali e sessuali per avere risultati più stabili nel tempo. Secondo Maletzky[13], lo scopo principale del trattamento è l'eliminazione dell'eccitazione sessuale abnorme, attraverso il potenziamento di resistenze agli impulsi sessuali.

Trattamento delle distorsioni cognitive

Inizialmente viene proposto ai soggetti un film in cui le vittime discutono tra loro delle conseguenze di ciò che hanno subito e dell'impatto che l'abuso stesso ha avuto sulla loro vita personale. Una parte del film prevede anche un confronto tra vittime e aggressori. In seguito ai partecipanti viene chiesto di elaborare una lista delle principali conseguenze negative dell'aggressione sessuale sulle vittime; poi di scrivere l'ultimo crimine commesso, ipotizzandone gli effetti sulla vittima e infine scrivere una lettera di scuse alla vittima, assumendosi tutta la responsabilità del reato. Questo è naturalmente un espediente per sviluppare la capacità di empatia con la vittima[14] . Successivamente ai partecipanti viene chiesto di immedesimarsi nella vittima e scrivere a se stessi una lettera di risposta.

Terapia avversiva

Questa teoria si basa sui principi del condizionamento classico: associando scariche elettriche all'osservazione di alcune fotografie, che mostrano il comportamento da modificare, si condiziona una risposta di evitamento. Questa tecnica può essere utilizzata secondo due modalità: il condizionamento associativo e l'evitamento anticipatorio, a seconda che lo stimolo elettrico sia presentato contemporaneamente o meno rispetto allo stimolo.

Covert Sensitization

La tecnica elaborata da Cautela[15] e successivamente anche da Callahan e Leitemberg[16], prevede di immaginare una scena a carattere pedofilico a cui affiancare un'altra fantasia con conseguenze spiacevoli, come l'essere arrestati[17] . L'efficacia delle tecniche comportamentali sembra aumentare se si associa alla scena sessuale una sostanza corrosiva e di cattivo odore, come ad esempio l'acido valerianico che riduce il desiderio sessuale. Tale tecnica ha dato risultati efficaci in molti casi, ma altrettanti scarsi risultati soprattutto in pazienti dalla limitata capacità di immaginazione o in soggetti immuni alle conseguenze negative.

Per considerarsi efficace un trattamento deve prevedere anche un miglioramento del comportamento sociale, poiché le difficoltà di relazione con gli adulti potrebbero spingere i pedofili alla scelta deviante: a tal proposito, Lanning indica la tipologia del pedofilo inadeguato, non attratto naturalmente dai bambini, ma che arriva a sostituirli agli adulti nei confronti dei quali prova profonde insicurezze[17] .

Trattamento dell'arousal sessuale deviante

Attraverso il metodo della sensibilizzazione mascherata[13] si puo' arrivare a ridurre l'arousal sessuale. Nel corso del trattamento, si chiede ai partecipanti di descrivere le fantasie sessuali aggressive che li eccitano e di immaginare conseguenze negative talmente rilevanti da poter essere utilizzate come fantasie contrapponibili a quelle eccitanti. Lo scopo della sensibilizzazione nascosta consiste proprio nell'appaiare le fantasie sessuali devianti a stimoli che solo il soggetto vive in modo negativo.

Sazietà masturbatoria

L'obiettivo è ridurre l'attrazione sessuale deviante associandola alla noia. Il paziente viene istruito a masturbarsi il più possibile mentre verbalizza la sua fantasia deviante, per un massimo di un'ora, continuando anche dopo l'orgasmo.

L'efficacia non è supportata da studi controllati; studi minori ne hanno evidenziato un successo a breve.

Ricondizionamento orgasmico

Questa tecnica prevede di separare il piacere e la ricompensa dell'eccitamento sessuale deviante. Il soggetto inizia un'autostimolazione con una sua fantasia, per poi trasformarla, al momento dell'orgasmo, in una più adeguata; in questo modo, il soggetto abusante inizia ad associare le sue fantasie devianti ad un impulso sessuale più debole. L'obiettivo è quello di trasferire l'eccitazione anomala del paziente a stimoli normali. Viene suggerito al paziente di utilizzare la fantasia deviante o determinati stimoli visivi (internet, dvd), per poi passare, nel momento di massima eccitazione, ad una fantasia normale. Marquis[18] e Marshall[14] utilizzarono questo paradigma che consiste nel far sostituire al paziente pedofilo le fantasie masturbatorie devianti con fantasie non devianti.

Desensibilizzazione sistematica

E' mirata all'estinzione dell'ansia legata a situazioni sessuali non parafiliche. Consiste nella presentazione di scene gradualmente sempre più ansiogene: durante questa esposizione il soggetto affronta la situazione finché l'ansia non diminuisce e sparisce spontaneamente. L'obiettivo è quello di ridurre l'ansia provata dal paziente nella sessualità con gli adulti. Il terapeuta descrive progressivamente situazioni romantiche e sessuali con donne, creando una modificazione dello stato di coscienza, aumentando emozioni ed ansie nel paziente. Il paziente applicherà di conseguenza tecniche di rilassamento per ridurre la sua ansia[13] .

Deficit nelle competenze sociali

I pedofili presentano anche frequenti e consistenti difficoltà socio-relazionali: basso livello di prestazioni scolastiche/accademiche; basso livello o assenza di abilità sociali e di capacità assertive; basso livello o assenza di capacità di controllare rabbia e impulso; isolamento (difficoltà/incapacità a costruire relazioni tra pari[19]. E' molto difficile anche per un terapeuta trattare casi di pedofilia, per tutto ciò che gli risuona dal punto di vista umano, etico, morale e personale[20]. Tuttavia è dimostrata la possibilità di entrare in qualche modo in empatia con il soggetto pedofilo: la psicoterapia orientata all'insight sembra essere l'approccio più utilizzato

per il trattamento perché punta al recupero dei fatti che hanno portato i pazienti ad agire in un determinato modo, consentendo loro di trovare altre modalità per soddisfare il loro bisogno di gratificazione sessuale."I metodi cognitivi, di solito, si basano sul modello di prevenzione delle ricadute, per aiutare i trasgressori a far fronte alle variabili situazionali che possono portare ad offendere. Viene loro insegnato a riconoscere ed evitare situazioni che possono aumentare la tentazione e ad allontanarsi dalle decisioni che possono condurre al fatto[21].

Social skills

Accanto a training di abilità sociali connesse alla sfera sessuale, la terapia cognitiva si propone di modificare in senso più adattivo tipici errori di pensiero quali la negazione ("non sono stato io") oppure la minimizzazione ("non ho fatto niente di male"), attraverso specifiche tecniche di ristrutturazione cognitiva[22] .

Completerà il quadro l'analisi degli eventi che hanno condotto nel tempo al disturbo (come un rifiuto) in modo da innalzare l'autostima e indirizzare gli impulsi in direzione di mete sessuali adulte[17].

Trattamento del disturbo del controllo affettivo

Il trattamento è centrato sulla capacità di controllare gli impulsi; l'attenzione viene focalizzata soprattutto sulla rabbia in quanto la maggior parte degli abusatori è motivata principalmente da questa emozione. Questo tipo di trattamento tra l'altro è funzionale alla prevenzione della depressione. I partecipanti discutono tra loro della grande difficoltà a gestire la rabbia, di quanto forte sia l'incapacità nel gestirla nonché della loro preoccupazione in merito; devono descrivere le situazioni che suscitano loro rabbia, le persone coinvolte e la modalità di espressione della stessa. In seguito discutono degli aspetti positivi e negativi della rabbia; gli aspetti positivi rappresentano l'obiettivo del trattamento che è finalizzato al controllo della stessa e non alla sua repressione. In questa fase, per le prime due settimane, i soggetti devono monitorare il loro comportamento annotando le emozioni ad esso collegate. Durante la seconda fase, vengono descritte le componenti fisiologiche della rabbia; i soggetti seguono pertanto un programma di rilassamento muscolare insieme a metodi di gestione cognitiva. Nella terza fase, vengono discusse le competenze comunicative, inclusa la capacità di problem-solving attraverso l'apprendimento dell'autocontrollo e dell'ascolto attivo. L' ultima sessione è focalizzata sull'aggressività, sull'assertività e anassertività: i soggetti hanno la possibilità di lavorare in gruppo tramite role-playing.

La terapia familiare

Questa terapia si basa sull'interruzione fisica dell'incesto e sull'assunzione di responsabilità da parte del padre: in questo modo, il padre, interrompendo il legame incestuoso, torna ad essere genitore attraverso l'assunzione di responsabilità[23]; si cerca quindi di ricomporre la coppia parentale e intervenire sulla diade madre-figlia. Si cerca di riattribuire la responsabilità ad entrambi i genitori per poter poi attuare un recupero psicologico della figlia. Non bisogna dimenticare che in questi casi molto spesso la madre tende a schierarsi dalla parte del marito, tralasciando completamente i bisogni della propria figlia. Si necessita quindi di un'analisi approfondita del conflitto coniugale: di un approfondimento sulle famiglie d'origine di entrambi i partner che permetta di analizzare le radici del loro comportamento, al fine di prospettare ad entrambi possibili comportamenti atti a correggere le strategie relazionali inadeguate. Si passa poi ad analizzare la coppia padre-figlia: questo stadio è molto difficile per gli evidenti sentimenti di rifiuto e di aggressività da parte della figlia e per le difficoltà di presa in carico delle responsabilità da parte del padre incestuoso (tra l'altro spesso in carcere). Per poter far questo è fondamentale lo smascheramento dell'offesa/reato: in genere, all'inizio della terapia, il soggetto non ha contatti con la famiglia, poiché gli viene proibito di avere alcun tipo di rapporto con la vittima e con altri familiari. Il processo terapeutico[22], quindi, inizia solo con l'abusante e solo in un secondo momento (quando e se possibile) saranno coinvolti nel trattamento altri membri familiari. Dopo aver creato un clima di fiducia con il soggetto e con la famiglia, se la vittima è disposta a partecipare, si cerca di ottenere il maggior numero di informazioni possibili sul fatto-reato. Si coinvolgono tutti i membri della famiglia per scoprire anche sospetti mai rivelati (se non sono presenti tutti i membri della famiglia, è necessario soprattutto in questa fase, rimandare la seduta). Questa fase non si conclude se il soggetto non riconosce la sua completa responsabilità. La famiglia riunita parla, forse per la prima volta, dell'accaduto; sicuramente si tratta di un momento particolarmente difficile, considerato che l'incesto, per eccellenza, viene praticato ma sempre nascosto: è necessario in questa fase renderlo pubblico, soprattutto all'interno della famiglia. L'obiettivo terapeutico è quello di riorganizzare un sistema dove i più grandi devono prendersi cura dei più piccoli: si tratta, quindi, di ristabilire i ruoli. Il terapeuuta cerca di indurre al confronto sul "perché era sbagliato". Il terapeuta deve muoversi con estrema cautela perche' un vero confronto dipende dal grado di diniego dell'abusante e quando ci si arriva realmente si possono manifestare tendenze al suicidio del sexual offender. Nell'assumersi la responsabilita'[22] del reato il sexual offender deve mantenere assolutamente viva la speranza di cambiamento. Il terapeuta dovrà rendersi conto del momento in cui è meglio fermarsi per poi procedere al passo successivo. Nella seconda fase ci si concentra sul dolore spirituale che l'atto ha provocato. Le famiglie solitamente si sentono sollevate dall'opportunità di dare un nome ai loro sentimenti. In questa fase il terapeuta deve fare molta attenzione ai propri sentimenti. L'entrare in contatto con questo grande dolore può metterlo in difficoltà, soprattutto se lui stesso non lo ha mai sperimentato. Il terapeuta deve trovare la forza di affrontare questo momento delicato, forza che deve poi trasmettere ai membri della famiglia. La terza fase comporta l'entrata in campo di rivelazioni di altre vittime. Ci si passa in modo naturale dopo aver condiviso il dolore spirituale. Potrebbe essere utile illustrare alla famiglia, la circolarità di questi fenomeni, sia per quanto riguarda l'abusante (che potrebbe essere stato a sua volta abusato) sia per il rischio di future vittime. Un'ulteriore fase va a riconoscere la sofferenza spirituale dell'abusante. Il terapeuta riconosce che un atto di violenza verso un minore, ha causato una sofferenza psichica anche nell'abusante, che deve avere la possibilità di esprimerla. Si passa poi al riconoscimento del dolore materno. Secondo l'ottica di una terapia dell'azione sociale, la violenza non è un gesto isolato, ma un atto che interferisce con la vita di ognuno. Si porta il molestatore sessuale a chiedere scusa in ginocchio. Questo delicato momento è centrato sull'assunzione di responsabilità, sul pentimento e sulla riparazione: il gesto ha lo scopo di sottolineare quanto è umiliante e doloroso (postura dell'umiltà spirituale) il reato commesso nei confronti della vittima. Successivamente si chiede alla madre di scusarsi. Quando un minore è abusato, soprattutto all'interno del proprio nucleo familiare, l'evento presuppone anche una componente seduttiva, che ha lo scopo di mantenere il segreto. Questa fase serve a responsabilizzare anche l'altro genitore, che ha, comunque sia, la funzione di proteggere la vittima. Nei casi di abuso intrafamiliare anche la relazione madre-figlia risente fortemente dell'accaduto: questo momento è molto importante proprio per la ricostruzione del loro legame. Si arriva poi a discutere tutti insieme

delle conseguenze di possibili reati futuri. In questo modo, tramite una discussione con i membri della famiglia, si tenta di prevenire eventuali ricadute nel comportamento abusivo. Il terapeuta poi deve assolvere il difficile compito di trovare un protettore per il minore individuando una precisa persona idonea a questo ruolo. L'abilità del terapeuta si manifesterà poi in una decisione di riparazione.[22] La famiglia ha il compito di individuare uno strumento concreto e simbolico per riparare il danno. Un'ultima fase comprende un focus sulla sessualità che coinvolge l'abusante in prima persona affinchè possa affrontare la sua sessualità e saperla gestire in futuro.

Terapie farmacologiche

Nell'uomo adulto gli androgeni svolgono un ruolo molto importante nella genesi dei comportamento erotico[24] . L'obiettivo del trattamento farmacologico è quello di ridurre la libido e l'eccitazione sessuale. Due sono i farmaci che sono stati finora maggiormente impiegati nella terapia delle parafilie: il ciproterone acetato e il medrossiprogesterone acetato che sembrano avere effetti positivi sul controllo degli impulsi sessuali, soprattutto di carattere violento, benchè il loro uso debba essere limitato, per via degli effetti collaterali potenzialmente dannosi a lungo termine. La terapia farmacologica a base di antipsicotici o antidepressivi, è indicata per il trattamento della pedofilia se questa è associata a schizofrenia e a depressione. I neurolettici non sembrano possedere una grande efficacia in tal senso, mentre sono stati descritti dei casi di pazienti trattati efficacemente con fluoxetina[24] . Benché non si abbiano prove dell'esistenza di qualche nota correlazione tra comportamento parafiliaco e funzione endocrina, sia negli uomini che nelle donne, in alcuni pedofili potrebbe tuttavia sussistere un'alterazione della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e potrebbe esserci una correlazione tra elevati livelli plasmatici di testosterone e comportamento sessuale violento[25]. L'utilizzo di una terapia farmacologica non implica una rinuncia al trattamento psicoterapico, che anzi rimane consigliabile. La riduzione degli impulsi sessuali devianti con mezzi farmacologici conduce altresì il paziente a beneficiare in maggior misura della psicoterapia.

Terapia chirurgica

La castrazione chirurgica per limitare nei pazienti colpevoli di reati sessuali una possibile recidiva, è stata largamente utilizzata, anche con successo, soprattutto in Svizzera, a Zurigo, nel 1910, proprio per trattare casi di pedofilia.

Certamente il comportamento sessuale di un soggetto sottoposto a castrazione non può che modificarsi, tuttavia numerosi studi hanno dimostrato l'estrema variabilità nelle risposte individuali al trattamento. In alcuni casi, si è assistito, ad esempio, ad una ripresa dei reati sessuali successiva all'intervento, caratterizzati anche da sadismo.

Nel 1979 il governo tedesco dichiarò tale tecnica illegale; negli stessi anni Heim[26] si occupò degli studi inerenti la castrazione chirurgica, per arrivare alla conclusione che le manifestazioni sessuali conseguenti a tale tipo di pratica non sono né certi, né prevedibili in modo sistematico e per tale motivo la castrazione chirurgica non venne più considerata come una modalità efficace di trattamento soprattutto nei pazienti istituzionalizzati.

Trattamento ospedaliero

Molti pazienti pedofili scelgono il trattamento ospedaliero come cura della patologia che li caratterizza. La scarsa efficacia di questo tipo di trattamento dipende da due fattori fondamentali.

In primis molti pedofili scelgono di essere ospedalizzati per evitare il carcere arrivando a fingere di seguire i trattamenti in quanto non riconoscono in se stessi la perversione pedofilica[27]. Il secondo fattore fondamentale da tenere ben presente è che il pedofilo tende a spostare l'attenzione su altri problemi cosi che si rischia di non andare a considerare il vero motivo dell'ospedalizzazione.

Terapia ipnotica

In alcuni casi si è fatto ricorso alla terapia ipnotica.[17] Si analizzano immagini, esperienze sessuali o rappresentazioni di tipo simbolico. Pare che l'approccio psicodinamico ipnoterapeutico possa produrre risultati in pazienti parafiliaci. Granone[28] nel suo Trattato di ipnosi scrive: "bisogna puntare più sull'immaginazione che sulla ragione". Mastronardi e Villanova[29] hanno recentemente condotto uno studio in cui sono stati analizzati 50 casi di comportamento sessuale deviante, per la maggior parte pedofilo, affrontati con la psicoterapia ipnotica. Secondo tali autori, lo status ipnotico rappresenta "una condizione di particolare recettività, in cui le visualizzazioni, indotte dall'ipnotista, inerenti alle manipolazioni degli antichi referenti sessuali distorti, diventano dinamicamente attive e operanti, decondizionando in evoluzione graduale e progressiva le antiche, istintuali, percezioni distorte". Il trattamento terapeutico avviene senza mai aggredire direttamente il sintomo o il comportamento deviante che, dopo il trattamento, dovrebbe scomparire fisiologicamente.

PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Fase cruciale di ogni trattamento è la prevenzione dalle ricadute[22] . Vengono quindi analizzate le circostanze che possono scatenare un nuovo abuso, così come le conseguenze negative a lungo termine dell'indulgere negli impulsi sessuali. A tal fine vengono individuate situazioni ad "alto rischio", come il passare davanti a una scuola elementare soprattutto nel periodo immediatamente successivo al termine della terapia, quando il controllo degli impulsi può non essere ancora ottimale. Seguendo il modello di George e Marlatt[17] , l'obiettivo è principalmente quello di individuare situazioni a rischio che potrebbero portare ad un nuovo reato; organizzare e mettere in atto una serie di strategie da utilizzare in quei casi; ristrutturare l'interpretazione degli errori (o fantasie) che secondo il soggetto lo inducono a commettere un nuovo reato; sviluppare strategie in grado di prevenire nuovi comportamenti devianti; infine modificare lo stile di vita del soggetto per prevenire nuove ricadute. Naturalmente, durante questa fase viene affrontato il problema della gratificazione immediata dei desideri, facendo leva sulle conseguenze negative. I pazienti devono anche saper individuare una persona a cui poter chiedere aiuto nei momenti di difficoltà; le autobiografie e le richieste di sostegno sono poi discusse in gruppo in un apposito incontro.

IL TEST DI LÜSCHER E LA PEDOFILIA, POSSIBILI ITINERARI INTERPRETATIVI

Il Test dei colori del prof. Max Lüscher[30] è stato presentato al primo Congresso Internazionale di Psicologia che si è tenuto a Ouchy vicino a Losanna in Svizzera, nel 1947. Da allora è stato diffuso e utilizzato in quasi tutto il mondo. Le ricerche del prof. Lüscher sul colore hanno dimostrato che specifici colori selezionati per il loro grado di saturazione, per la frequenza d'onda misurata elettronicamente e per la luminosità specifica, risultano essere uno stimolo oggettivo sul nostro DNA. Da tale assioma Lüscher ha potuto sperimentare l'effetto dei "suoi" colori[31] sulle persone, dimostrando che la risposta a tale stimolo oggettivo dipende dalle condizioni psicofisiologiche, psico affettive, animiche ed esistenziali della persona. La conclusione quindi è che ad uno stimolo oggettivo si risponde con un atteggiamento soggettivo. Con il test dei colori, utilizzato in molti ambiti clinici, educativi, criminologici, antropologici, e nella selezione del personale, ecc., sono state svolte molte ricerche e il metodo risponde molto bene alle diverse esigenze in quan-

to risulta essere veloce nella somministrazione, non sviluppa resistenze e si possono trarre molte informazioni utili sia per quanto riguarda la psicodiagnosi, sia per quanto riguarda l'intervento psicoterapeutico o psicofarmacologico. Inoltre si possono avere diverse letture dello stesso protocollo a seconda del punto di osservazione: psicosomatico, comportamentale, psicologico, ecc. Il test dei colori[32] si basa sulla Psicologia Autoregolativa che interpreta la vita emozionale e permette di cogliere le cause di determinati disagi o caratteristiche nelle strutture emozionali: ricettivo/direttivo; costante/variabile; integrativo/separativo.
Ricettività è la dimensione femminile della profondità dei sentimenti, dell'*anima* junghiana, della capacità di ascolto e dell'empatia, della capacità di sapersi adattare eteronomamente allo spazio determinato dagli altri, di sviluppare vincoli profondi, di coltivare dedizione, comprensione, accoglienza, disponibilità, tolleranza, benevolenza e convivialità.
La *dimensione direttiva*[33], invece, corrisponde al lato maschile, all'*animus* junghiano, al fare, all'iniziativa, al voler modificare il mondo circostanze, ad essere autonomi, a determinare lo spazio attorno a sé, alla capacità di assunzione di responsabilità, di scelte e di assunzione di ruoli.
La costanza corrisponde alla stabilità, ai valori fissi che si mantengono nel tempo, alla sicurezza, alla staticità ed alla serietà. La variabilità corrisponde alla disponibilità verso il cambiamento e lo sviluppo, verso l'evoluzione, la curiosità e molteplicità di esperienze, rispetto all'apertura ed alla flessibilità, rispetto alle possibilità ed alla voglia di buttarsi, di vivere esperienze nuove e gratificanti.[34]
La *dimensione dell'integrazione* corrisponde alla capacità di sviluppare rapporti di appartenenza, di creare attorno a sé relazioni fiduciose, alleanze, scambi gratificanti ed intimi, con il desiderio di unione, di calore, di vicinanza.
La *dimensione della differenziazione* o separativa come viene definita da Lüscher, è la capacità di sviluppare la propria originalità, la propria unicità, di sapersi distinguere, di non omologarsi ma di saper mantenere la propria posizione, la propria visione delle cose in modo originale e di poter venir riconosciuto per la propria indipendenza psicologica.
Queste sei dimensioni quando sono in equilibrio spingono verso comportamenti armoniosi ed esprimono in qualche modo la capacità di autorealizzazione e di soddisfazione interiore. Quando risultano alterati, e questo nel Test di Lüscher si può vedere dal protocollo e dalle scelte dei colori, troviamo aspetti patologici o comunque delle difficoltà psicologiche importanti. Per esempio, l'eccessiva ricettività conduce proprio all'infantilismo, alla dipendenza psicologica, all'emotività esagerata, alla suggestionabilità fino alla puerilità dell'Io, ad aspetti regressivi, ecc. Così come l'eccessiva direttività conduce all'autoritarismo, ad aspetti disadattivi, ad atteggiamenti aggressivi, fino a comportamenti antisociali. Le tavole del test sono nove:
a) tavola dei grigi; b) tavola degli 8 colori (prima somministrazione); c) tavola delle forme; d) tavola dei quattro colori fondamentali (4CF); e) tavola di variazione del blu; f) tavola di variazione del verde; g) tavola di variazione del rosso; h) tavola di variazione del giallo; i) tavola degli 8 colori (seconda somministrazione).
Le scelte fatte tavola per tavola vengono codificate in un protocollo e questo viene interpretato in base agli indicatori ottenuti dai conteggi sul protocollo e dalla relazione fra i dati delle diverse preferenze e rifiuti. Se la somministrazione è piuttosto semplice e veloce, l'interpretazione invece risulta più complessa e deve essere fatta da un esperto formato in modo compiuto in Diagnostica Lüscher.[33]
E' importante notare come il Test non evidenzi profili definiti di pedofilia, quanto piuttosto delle predisposizioni interiori che potrebbero favorire comportamenti pedofili[35] è difficile reperire protocolli di pedofili in quanto questi sono spesso reclusi in case di pena oppure inconsapevoli delle loro difficoltà.
Recentemente abbiamo avuto a disposizione cinque protocolli provenienti da Santiago del Cile (L. Traverso, 2013) oltre ai quattro già visti assieme al dott. Ambrosetti [35] . Ciò che si è potuto analizzare può essere considerato molto interessante per capire la psicologia del pedofilo. Nel Test di Lüscher ogni stimolo cromatico è stato scelto dall'autore in modo da avere una determinata risposta psico-fisiologica e ad ogni colore corrisponde un numero guida che si mantiene all'interno di tutte le tavole permettendo delle combinazioni cromatiche identificabili con delle sequenze numeriche.
Di seguito come il test di Lüscher fotografa il profilo del pedofilo:
Tavola dei grigi: è composta da cinque variazioni di grigio che vanno dal bianco (n.4) al nero (n.2). Il colore prescelto è proprio il bianco che indica uno stato di tensione interiore ed il desiderio di scaricare le tensioni, dipendenza quindi dalle pulsioni e infantilismo, instabilità interiore e bassa tolleranza alle frustrazioni.
Tavola 8 colori risultati:
1) grigio o nero spesso nel colore combinatorio: porre distanza, mascherarsi, bisogno di tenere tutti a bada, necessità di proteggersi emotivamente e difficoltà all'introspezione e all'empatia;
2) triade infantile data in qualche modo dai colori "più regressivi" presenti nel test, ossia blu n.1, viola n.5 e giallo n.4 o coppie derivate blu n.1 e viola n.5; blu n.1 e giallo n.4; viola n.5 e giallo n.4: indicanti immaturità, infantilismo, suggestionabilità, dipendenza psicologica, immedesimazione, puerilità, aspetti seduttivi (pedofili regrediti); 3) rifiuto del marrone n.6: frustrazione delle esigenze corporee. Se associato al verde n.2: difficoltà nell'identità corporea, una sorta di "ferita corporea". Può essere indice di sviluppo psicosessuale modo bloccato (pedofili fissati); 4) forma del colore viola spesso in coerenza con il colore preferito viola: sensibilità, delicatezza, romanticismo, erotismo estetico, tendenza al lasciarsi affascinare, bisogno di sedurre e di manipolare, ostentazione di dolcezza e di immedesimazione, aspetti "isterici" e infantili, dipendenza; 5) scelta del blu nella tavola dei 4 Colori Fondamentali (4CF) e nella riga di variazione del blu e in quella del verde: indicatori infantili che esprimono dipendenza psicologica, timore di perdere l'oggetto d'amore, insicurezza affettiva, infantilismo, fissazioni orali, immaturità affettiva e sessuale, passività, melanconia; 6)verde rifiutato nella riga del verde: bassa autostima, insicurezza, ansia nell'esposizione e nella definizione, timore di crescere, dipendenza psicologica, aspetti anaclitici, fusionali, narcisismo, stato ipervigile ed opportunistico, suggestionabilità, immaturità, timore di essere invaso e bisogno di "conquistare" l'altro per proteggersi; 7) spesso troviamo il rosso nella riga orizzontale del rosso in prima posizione senza la presenza adiacente e controllante del verde. Pertanto è possibile trovare impulsività, facilità verso gli agiti e bassa tolleranza alle frustrazioni: l'Io non è in grado di regolare il flusso di energia e le pulsioni indirizzandole verso mete più mature, immediatezza di azione, funzionamento primario, infantilismo, instabilità, ansia e capricci allo stesso tempo; 8) colonna di frustrazione o terza colonna tendenzialmente verde: insicurezza, bassa costanza, difficoltà a darsi dei limiti, difficolta' nel gestire le pulsioni e bassa tolleranza alle frustrazioni, possibili tratti opportunistici e seduttivi, suggestionabilità infantile; 9) coppia traumatica marrone n.6 e blu n.1 tav. 8 colori: possibile abuso, esperienza di trauma anche sessuale, desiderio di protezione e rifugio, regressione nella corporeità, fissazioni orali, immaturità psicoaffettiva.

Dai molteplici indicatori comparsi sulla base di pochi protocolli (n.9), si potrebbe definire il pedofilo come una persona che non si sente all'altezza, insicura, ansiosa, che agisce cercando di affascinare, sedurre e manipolare in modo opportunistico – continua Del Longo. Spesso in base alle indicazioni del test di Lüscher[35] e attraverso ulteriori somministrazioni dello stesso si possono ricavare preziosi suggerimenti per continuare il percorso psicologico. Dalla prima somministrazione del test possiamo rilevare la necessità di lavorare sui seguenti aspetti:
ROSSO: gestione delle pulsioni libidiche, COPPIA EROTICA: riduzione delle fissazioni erotiche, BLU: fiducia in sé stessi e capacità di tollerare l'abbandono, VERDE: crescita dell'Io e limitazione delle proiezioni verso l'esterno, MARRONE - VIOLA: capacità di alfabetizzazione e accoglienza delle proprie emozioni, ROSSO – VERDE - BLU: tolleranza alle frustrazioni, BLU – VIOLA - GIALLO: accoglienza di sé stessi e degli altri in termini di reciprocità, GIALLO – ROSSO – BLU – VIOLA: maturazione e accoglienza dell'ambiente, VERDE- BLU- GIALLO: apertura verso una vera realtà e una vera affettività, ROSSO – BLU – VIOLA: orientamento delle pulsioni libidiche verso persone adulte in forma di reciprocità.

CONCLUSIONI

Le varie teorie hanno delineato un quadro generale delle caratteristiche del pedofilo. Una prima distinzione condivisa da più autori, differenzia i pedofili psicopatologici da quelli non psicopatologici. Questi ultimi sono degli immaturi sessuali, infantili, con caratteristiche di carenza affettiva e passività. Si rivolgono all'oggetto delle proprie attenzioni con lo stesso atteggiamento che avrebbero voluto dalla propria madre, mettendo in luce la componente di inadeguatezza e di immaturità che li caratterizza. Nass ne ha tracciato uno specifico profilo: scarsa esperienza sessuale, sviluppo tardo, degenerazione della personalità, disturbi del sistema ormonale, normale pulsione sessuale senza eros con l'unico obiettivo di soddisfare i propri desideri sessuali, collegamento tra pulsione sessuale ed eros, labilità endogena soprattutto in ambito sessuale, personalità criminale che trova soddisfazione nell'esercizio delle pulsioni sessuali, incapacità funzionale della pulsione sessuale. Plaut[36] condivide con Nass[37] la concezione che il pedofilo sia un immaturo dal punto di vista sessuale, incapace di tessere relazioni adeguate con il suo oggetto, incapace anche di scegliere effettivamente l'oggetto d'amore. Secondo Wyss[38] i pedofili sono sicuramente immaturi ed infantili, ma hanno anche dei tratti di maturità: sembra che abbiano in realtà delle fantasie e degli impulsi "normali", che però non riescono ad esprimere nel rapporto con persone adulte, sessualmente mature. Se esistono nel cosiddetto pedofilo delle fantasie sessuali verso partner maturi dell'altro sesso, questo è per lui sufficiente per non parlare di perversione.
Jaria[39] in Italia ha condotto studi approfonditi presso la Sezione giudiziaria dell'Ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere (MN), descrivendo i casi di pedofilia studiati come distribuiti tra: schizofrenici, alcoolisti, psicotici, frenastenici. Sembra che i soggetti in questione abbiano tre caratteristiche condivise[40]. La prima è l'immunità affettiva e infatti loro comune caratteristica è l'egocentrismo , la scarsa tollerabilità alle frustrazioni, l'incapacità ad accettare le critiche e l'assenza di freni inibitori di fronte all'urgenza sessuale. La seconda consiste in una identificazione deficitaria in quanto non si è sviluppato in loro un adeguato processo di ricerca della propria identità e il legame oggettuale primario è patologico. La terza ed ultima caratteristica consiste in relazioni interpersonali inadeguate infantili, immature, manipolative, di opposizione in quanto non hanno mai appreso un chiaro modello di comportamento. Un' altra considerazione da farsi è relativa alla consapevolezza dell'agire nel pedofilo. Se si tratta di un pedofilo non conflittuale, nel soggetto c'è solo la volontà di soddisfare le proprie pulsioni, c'è un atteggiamento egoista che manca di completa empatia nei confronti dell'altro. Nel pedofilo conflittuale invece permane un conflitto tra fantasia e agito che può portare ad uno stato di disagio e di sofferenza. Un recente studio[41] ha evidenziato che l'interruzione del comportamento pedofilico è possibile. L'intervento cognitivo-comportamentale associato al Leuprolide Acetato (LA) è in grado di ridurre significativamente le fantasie pedofiliche e la masturbazione, ma non è però in grado di modificare gli interessi pedofilici. Gli strumenti self-report sono spesso inaffidabili (il soggetto tende a mentire). Il follow up deve utilizzare misure oggettive per monitorare l'efficacia del trattamento nella pedofilia. Per Crawford[2] la psicoterapia non ha fini di diminuzione o cambiamento dell'eccitazione sessuale ma di aiuto al paziente nel controllo del suo comportamento. Il terapeuta deve mantenere un ruolo di aiuto come in un rapporto genitore - figlio mostrando rispetto, interesse e comprensione. Egli incoraggia apertura e onestà nel paziente; questo ruolo paterno dà terapeuta il potere di influenzare il paziente positivamente e di interpretare il suo comportamento autodistruttivo e le sue credenze distorte sulla realtà. Il paziente deve essere predisposto alla collaborazione".

BIBLIOGRAFIA

1. Bergeret J. Violence et Dangerositè, Quaderni di Psichiatria Forense, 1992
2. Crawford D. Treatment approaches with pedophiles, in Cook M & Howells K, (eds.), Adult sexual interest in children, London, Academic Press,1981, pp. 181-217
3. Legge 1 ottobre 2012, n. 172, di ratifica della Convenzione del Consiglio d'Europa del 2007 per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote). Https://leg16.camera.it › Settore+penale
4. Serber A. La violenza nascosta, gli abusi sessuali sui bambini. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1984
5. Vasta FN, Gullo S, Girelli R. Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guido per il clinico. Alpes Italia, Roma, 2019
6. Lingiardi V, McWilliams N. PDM – 2. Manuale diagnostico psicodinamico , Cortina Raffaello, 2018, Milano
7. Mihailides S, Devilly GJ, Word T. Implicit cognitive distortions and sexual offending. Sexual abuse. J Res and Treat. 2004; 16: 333 – 350 doi: 10.1177/107906320401600406
8. Bandura A. Self efficacy: the exercise of control. Freeman, New York, 1986
9. Marshall L. Treatment effects on denial and minimization in incarcered sex offenders. Behavior Research Therapy 1994; 32: 559 – 564
10. Ward T, Gannon TA, Keown K. Beliefs, values and action: the judgement model of cognitive distortions in sexual offenders. Aggression and violence. Behavior, 2006 11, 323 – 340
11. Schneider SL, Wright RC. Understanding denial in sexual offenders: a review of cognitive and motivational processes to avoid responsability. Trauma, Violence and Abuse. Review Journal 2004; 5:3 – 20
12. Bonafiglia L. Pedofilia perché? L'esigenza di confini. Edizioni Carlo Amore, Milano, 2003
13. Maletzky B. Treating the sexual offender. Sage Publication, Newbury Park, California, 1991
14. Marshall WL, Barbaree HE. Outcome of Cognitive – Behavioral Treatment Programs. Handbook of sexual assault: issue, theories and treatment of the offender. Plenum Press, New York, 1990
15. Cautela JR. Covert Sensitization, Sage Journals, 1967
16. Callahan E, Leitenberg H. Aversion Therapy for sexual deviation: contingent shock and covert sensitization. Journal of Abnormal Psychology, 81, 60 – 73, 1973
17. Strano M. Manuale di criminologia clinica, SEE Editrice, Firenze, 2003
18. Ciappi S, Palmucci V, Scala P, Toccafondi I. Medicina Legale, Criminologia e deontologia medica. Aggressori sessuali dal

carcere alla società: ipotesi e strategie di trattamento, Giuffrè Editore, Milano, 2006
19. Kaplan SJ. Adolescent phisical abuse: risk for adolescent psychiatruc disorder, American Journal of Psychiatry, 1998
20. Crawford D. Treatment approaches with pedophiles, in Cook M. & Howells K, Adult sexual interest in children, London, Academic Press, pp. 181-217, 1981
21. Langevin R, Hillsdale NJ. Sexual strands: Understanding and treating sexual anomalies in men, Lawrence Erlbaum Associates, 1983.
22. Dettore E, Fuligni C. L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili, McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 1999
23. Malacrea M. Trauma e riparazione: la cura nell'abuso sessuale all'infanzia, Raffaello Cortina, Azzate (Varese), 1998
24. Delle Chiaie R, Picardi A. Blocco sopraipofisario della funzione gonadica nel trattamento delle parafilie. Impiego del Goserelin in cinque casi clinici; Cervello e farmaci, supplemento Rivista di Psichiatria, vol. 29, n. 1, 1994
25. Kaplan HI, Sadock BJ. Manuale di Psichiatria, Edise, Napoli, 1993
26. Petruccelli I, Pedata LT, D'Urso G. L'autore di reati sessuali. Percorsi di valutazione e trattamento. Franco Angeli, Milano, 2018
27. Gabbard GO. Psichiatria Psicodinamica, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994
28. Granone F. Trattati di ipnosi, UTET, Torino, 1989
29. Mastronardi V, Villanova M. Sex offenders and reorganization of sexual imaginary in hypnotic psychotherapy, atti 7° Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offender (IATSO), Pabst Science Publisher, Lengheric, Vienna, 2002
30. Lüscher M. Colore e forma nell'indagine psicologica, Piovan Ed, Abano Terme, 1983
31. Lüscher M. Tavole cromatiche, Basel Editore, Lucerna, 1948
32. Del Longo N. Il Test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica per l'età adulta, Franco Angeli Ed., Milano, 2013
33. Lüscher M. Saggi sulla Diagnostica Lüscher e altri contributi (1971 – 2014) , Ed. Cleup, Padova, 2014
34. Del Longo N. Il Test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica per l'età evolutiva, Franco Angeli Ed., Milano, 2011
35. Ambrosetti A. Test di Lüscher e pedofilia: possibilità di lettura attraverso alcuni protocolli, in M.Lüscher, Saggi sulla Diagnostica Lüscher e altri contributi (1971 – 2014), Ed. Cleup, Padova, 2014
36. Plaut, P. Der Sexualverbrecher und Seine Persönlichkeii, Enke, Stoccarda, 1960
37. Nass G. Unzucht mit Kinder. Das Sexualdelik unserer Zeit, in Mschr. Krim. u Strafr 37, 1954
38. Wyss R. Unzucht mit kindern, in Capri P. Il profilo del pedofilo. Realtà o illusione? Seminario di psicologia giuridica. Siracusa, 1977
39. Jaria A. Contributo allo studio della pedofilia e delle sue implicanze psichiatrico-forensi, in Il lavoro neuropsichiatrico, vol 44, fasc. 3., 1968
40. Jaria A, Capri P, La Notte A. Osservazioni e riflessioni psicopatologiche e peritali relative ad un caso di pedofilia, 1° Congresso Internazionale di Psichiatria Forense, Università di Roma, "La Sapienza", Roma, 2-3 novembre, 1993
41. Schober JM, Phyllis, Kuhn PG, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries RA. Leuprolide Acetate Suppresses Pedophilic Urges and Arousability, Archives of sexual behaviour 2005; 34: 151 - 160

Ringraziamento
Siamo grati a Stefania Bertelli per l'aiuto nella stesura del lavoro.

Corrispondenza:
andrea.ambrosetti@ordinepsicologiveneto.it

Un approccio rieducativo ed emozionale al prolasso uterino dopo il parto

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, educatrice e consulente sessuale - Schio

Riassunto: Si racconta la storia di una giovane donna con isterocele di terzo grado evidenziando l'importanza di un approccio educativo ed emozionale oltre che rieducativo. Si condivide una breve intervista finale con la paziente.

Parole chiave: Isterocele; Utero retroverso; Parto; Emozioni

A re-educational and emotional approach to uterine prolapse after childbirth

Abstract: The story of a young woman with third-degree hysterocele is told, highlighting the importance of an educational and emotional approach as well as re-educational. A short final interview with the patient is shared.

Keywords: Hysterocele; Uterus; Delivery; Emotions

INTRODUZIONE

Serena, 35 anni, mi contattò a pochi giorni dal parto per un isterocele di terzo grado. Era molto spaventata e confusa per i diversi pareri ginecologici incontrati. Alcuni le suggerivano infatti di usare il pessario, altri di prendere in considerazione l'intervento oppure la rieducazione.

La visitai subito ed effettivamente l'entità del prolasso era notevole. Le spiegai che il pessario era una soluzione inadatta ad una donna giovane e l'intervento un'opzione da considerare dopo aver almeno tentato con la rieducazione del pavimento pelvico. Mi riferiva utero retroverso. Mi narrava inoltre una vita molto impegnativa con poco tempo per sé e la tendenza a sentirsi sempre in colpa.

Iniziammo il percorso riabilitativo focalizzandoci sugli esercizi pelvici. Le consigliai anche l'utilizzo delle poche de gel refrigeranti per 20 minuti due volte al giorno*.

Dopo circa un mese dal parto il prolasso era già di secondo grado.

Serena faceva molte domande e voleva capire perché una giovane donna come lei poteva essere incappata in un simile problema. Queste domande a mio avviso sono state parte fondamentale del suo processo di guarigione.

Non avevo risposte certe ma mi piaceva farmi ispirare dalla sua narrazione di vita: poca attenzione ai suoi bisogni, stile di vita in accelerazione, zero tempo per se stessa. Mi parlava spesso del "peso" che sentiva nel vivere il quotidiano con le mille cose da fare. Le avevo chiesto com'era la sessualità prima del parto e mi aveva riferito che faceva l'amore tre , quattro volte al mese ma la vagina non le trasmetteva alcuna sensazione di piacere, a volte addirittura di fastidio. Il suo piacere era di origine clitoridea.

Claudia Ranville rispetto al prolasso genitale scrive "desiderio inconscio di chiudersi ai rapporti sessuali".[1]

Sicuramente nell'eziopatpgenesi il parto era la causa primaria ma la non consapevolezza dei muscoli pelvici, la mancanza di tonicità e la scarsa attitudine di ascolto della vagina durante i rapporti erano sicuramente stati dei fattori aggravanti.

Per sei mesi ci siamo viste ogni due, tre settimane, per un lavoro di rieducazione del pavimento pelvico ma anche di educazione all'ascolto di sè. La nostra attenzione era squisitamente focalizzata sul corpo e non sulla parte psichica: prendevamo in considerazione cose semplici come il bisogno minzionale da assecondare e non procrastinare, il bisogno di tempi di riposo, il bisogno di una sessualità piacevole anche sul piano della penetrazione.

A distanza di sei mesi la paziente attualmente ha un prolasso di primo grado.

A seguire una piccola intervista sulla sua percezione del percorso educativo e rieducativo svolto insieme.

"Serena, ci puoi dire quali sono state le cose più utili sul piano fisico e su quello emotivo durante il percorso di rieducazione del pavimento pelvico?"

"Allora …mi è stata molto utile la spiegazione di cosa è stato il prolasso, proprio la ***spiegazione*** *tecnica, e cosa si doveva fare per far per farlo tornare su, oltre che la spiegazione che mi avevi dato delle motivazioni del perché era accaduto proprio al momento del parto.*

Dal punto di vista umano mi è servita tantissimo la spiegazione emotiva che mi hai dato del mio prolasso e ogni volta che ci vedevamo mi dicevi quella parola in più che mi dava la forza di dirmi: devo continuare, devo pensare di più a me.

Sul piano fisico è cambiata molto la consapevolezza del mio corpo e soprattutto ho capito che devo riaccettarmi come sono adesso anche col cambiamento del parto. Infatti l'impatto visivo del prolasso e il dolore che ho percepito erano nella mia mente una qualcosa che all'inizio mi terrorizzava. Comunque è stato un trauma… Forse perché era vicino al parto, ho iniziato a non sentirmi più donna ...ad aver paura della mia vagina.

Adesso che ho un po' più consapevolezza mia e anche di questi esercizi che ti fanno capire muscoli che nessuno mai spiega, come poterli usare , perché ti possono aiutare in tante cose : metti quel problema che avevo io della pipì nel senso che trattengo sempre un po' di pipì e poi devo tornare a farla.

Fig. 1 Il pessario

Fig. 2 Poche de gel refrigerante

Sul piano emotivo è stato un ritrovare me stessa e un po' più fiducia in me: ho capito che se lo voglio veramente il tempo lo trovo. E' cresciuta la consapevolezza che sono io la persona più importante per me perché se sto bene io stanno bene anche gli altri intorno a me. Adesso che ho risolto questo problema infatti sono molto più tranquilla anche con i bimbi e il marito."

"Serena ti va di raccontare com'era la vita intima prima del parto e com'era la tua percezione vaginale? Ci dici anche se qualcosa si è modificato dopo il percorso rieducativo?"
*"Allora… Non ho problemi a parlarti della mia vita intima… I rapporti avvenivano di norma una volta alla settimana se riuscivamo perché con la bimba piccola è sempre stato un po' più di "un po' difficile". **Non provavo particolare piacere con la penetrazione**, più che altro con altre stimolazioni; dopo il periodo fatto con te, in questi sei mesi che abbiamo lavorato su tutto quello che mi è successo, non trovo ancora il piacere completo con la prenotazione però ho una sensazione di me diversa, una consapevolezza di me più profonda, una sensibilità di tutto quello che è comunque la mia vagina: riesco a provare più piacere nella fase della penetrazione mentre prima era una cosa che non sempre mi andava bene… quindi sono anche migliorata nella sfera sessuale… io spero che facendo più esercizi di poter sentire ancora di più…"*

L'analisi del testo evidenzia alcuni importati temi:
- l'importanza per la donna di comprendere cosa è successo al suo corpo, le "spiegazioni"
- l'esperienza del prolasso come trauma e causa di un grande calo di autostima
- la percezione fisica di sé dopo il parto, il senso di scarsa femminilità
- gli esercizi pelvici come momento per sé, per il proprio benessere pelvico e sessuale
- il benessere pelvico e la stima di sé

Serena mi ha aiutata a vedere chiaramente come la riabilitazione uro ginecologica è, per una donna, molto di più che un training di apprendimento di pratiche corporee: è un viaggio dentro se stessa alla ricerca di risposte e di nuovi stili di vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Claudia Ranville, Il grande dizionario della MetaMedicina, Sperling & Kupfer

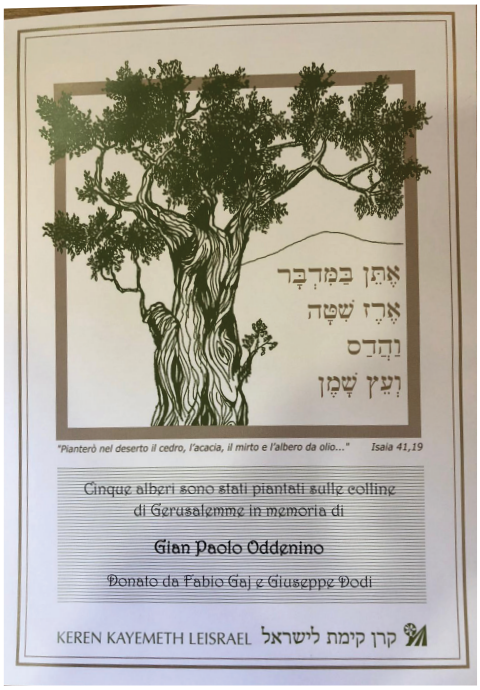
Corrispondenza:
Stella De Chino
Via Righi 32 Schio (VI)
stelladechino@gmail.com

Obituary

In ricordo del Cav. Gian Paolo Oddenino

Il 2019 ci ha rapito Gian Paolo Oddenino, una figura splendida come persona e come imprenditore.
Dalle colline del Monferrato il suo nome e quello della sua azienda da quasi un quarantennio rappresentano l'eccellenza nell'ambito della proctologia e della chirurgia proctologica. Sapi Med è leader nella produzione di presidi medicali per le patologie ano-rettali, ben nota al giornale Pelviperineologia e a Pelviperineology.
Personalmente soffro la mancanza di un amico, delle sue opinioni sempre calibrate, dei suoi consigli immancabilmente giusti. Rimpiango l'industriale prudente e al tempo stesso coraggioso, fantasioso e riflessivo. Continuo ad apprezzare i frutti della sua generosità davvero unica e non riesco a dimenticare la mia ammirazione per il suo spirito di combattente anche nelle battaglie con il suo corpo, battaglie che lo hanno sempre visto fiducioso e ottimista fino al compimento di un lungo arco di vita.

Dopo un'importante esperienza nel campo delle materie plastiche il Cavalier Gian Paolo Oddenino all'inizio degli anni '80 è entrato in contatto con le mie esigenze di chirurgo generale da pochi anni interessato alla proctologia e reduce da apprendistati nei migliori centri del mondo. E' così iniziata la realizzazione di un primo dispositivo per la dilatazione anale, il Dilatan, un presidio medicale che ha incontrato subito un largo consenso tra i chirurghi di ogni dove.
Da quel primo oggetto l'Azienda ha poi esteso le sue competenze alla produzione degli endoscopi monouso, agli strumenti per le legature elastiche e così via, sempre attenta alle necessità, a volte anche "capricciose" dei professionisti: idee che magari paion balzane è noto come possano poi rivelarsi di successo, e questo il Cavaliere lo sapeva. La politica di Sapi Med è dunque stata sempre di aiuto nella ricerca di soluzioni nuove e nel miglioramento dei sistemi esistenti. Ciò che piu' interessava e continua ad interessare è comunque la qualità dei prodotti a cui veniva e viene posta un'attenzione estrema.



Oggi la Sapi Med si rivolge, oltre che all'Italia, a circa 50 paesi del mondo tramite distributori locali (tutta Europa, Stati Uniti, Australia, Nuova Zelanda, Malesia, Brasile…), ed è la realtà di riferimento nel settore della chirurgia proctologica. Attraverso Paola che dal 1998 si occupa del mercato estero, Elena, direttore marketing e Alberto manager per Ricerca e Sviluppo, gli Oddenino proseguono nella valorizzazione della mission aziendale sulla traccia segnata dal padre. Negli ultimi anni Sapi Med ha applicato le nuove tecnologie informatiche e i propri sistemi elettromedicali di ripresa video con l'archiviazione delle immagini sia per migliorare gli interventi chirurgici che per dare miglior valore ai lavori scientifici con scopi didattici e offrire un servizio di qualità ai pazienti per il lavoro svolto dallo specialista.

Nonostante le patologie ano-rettali, in forme più o meno gravi, interessino il 40% della popolazione adulta, molte persone ancor oggi si vergognano ad affrontare il problema con lo specialista, trascinando a volte per anni una situazione che non di rado peggiora inesorabilmente. Oltre che all'Ospedale e all'Ambulatorio proctologico l'attenzione di Sapi Med si è rivolta in modo diretto anche al al paziente, con una linea farmaceutica assai interessante perché dedicata alla prevenzione e alla cura domiciliare, nella familiarità dell'ambiente domestico. Ricordo solo, a tal proposito, il detergente intimo ricco di elementi naturali idratanti ed emollienti come l'aloe vera e anti-arrossamenti come il cappero, studiato e realizzato per prevenire le affezioni uro vaginali e anali ai cui test, molti anni or sono, ho partecipato e di cui sono tuttora un entusiasta consumatore.
L'attenzione della Sapi Med al benessere psico-fisico del paziente con scelte che risalgono ormai a diversi anni fa, vede anche l'impegno nelle terapie riabilitative, con strumenti elettronici finalizzati a rieducare la muscolatura del pavimento pelvico.

Gian Paolo Oddenino era generoso di sè e con le sue parole e le sue azioni infondeva una serena, realistica fiducia nel suo interlocutore. Attraverso la Sapi Med è stato attento anche al sociale nell'ottica del rispetto non solo formale ma anche sostanziale per il benessere dell'individuo e per la qualità della vita. Ha sostenenuto numerose Associazioni Onlus che lavorano a progetti finalizzati al trasporto o all'assistenza di persone disabili e malate, che garantiscono assistenza medica gratuita a popolazioni disagiate o che promuovono la prevenzione oncologica in tutti i settori.

L'affetto e l'apprezzamento per l'opera di Gian Paolo Oddenino hanno saggiamente indotto il Professor Fabio Gaj, chirurgo dell'Università alla Sapienza di Roma, a coinvolgere anche me nella donazione degli alberi della vita nelle colline di Gerusalemme, gesto simbolico ricco di significati, soprattutto nel segno della continuità della vita tra la memoria degli uomini e la verità della Terra.

GIUSEPPE DODI
giuseppe.dodi@unipd.it

Il racconto di Federica. Il serpente a sonagli

D'estate anche i più pigri ritrovano lo sprint giusto per dedicarsi all'attività fisica e rimettersi in forma, levigare le cosce adipose e modellare l'addome. I corpi abbronzati sembrano anche più snelli; l'olio solare lucida la pelle che diventa più sensuale. Il mare si fa complice della ritrovata voglia di corroboranti nuotate verso calette nascoste e chi non ama lasciare segni chiari sulla pelle, osa costumi succinti, perizomi brasiliani e topless sfacciati. Sulla costa adriatica centrale dominano spiagge per famiglie, dove occorre mantenere un certo contegno e coprirsi sempre il didietro con un pareo se ci si avvicina al bar. L'abbronzatura integrale qui non è stato mai un fenomeno gradito, visto anzi come un inaccettabile oltraggio al pudore. Ecco perché i naturisti si sono sempre dovuti nascondere e trovare zone franche dove esibire liberamente le proprie grazie al vento. Con il tempo e i passa parola si è però diffusa una geografia dei lidi frequentati clandestinamente dai nudisti, luoghi che hanno via via attirato un arcobaleno di generi umani: dagli immancabili neo hippie alle comunità gay, dai voyeur che si aggirano loschi tra le dune o gli scogli e sperano in qualche incontro ravvicinato, a gente che semplicemente vuole stare in libertà. In teoria dovrebbe esserci posto per tutti, ma di fatto pare che le baiette più remote siano diventate dei club balneari dove vige un rigoroso (un)dress code. Se un malcapitato fa l'errore di varcare i confini di queste enclave senza essere stato tacitamente invitato da un'occhiatina maliziosa, l'accoglienza si rivela, a dispetto dei 40 gradi all'ombra, glaciale.

Come faccio a saperlo? Semplice: sono stata diretta testimone di un'allegra disavventura capitata alla mia vicina di ombrellone, compagna di tante estati trascorse sulla riviera del Conero, nelle Marche. La cara signora, una bella donna sui sessanta che ama mantenersi tonica, un giorno mi chiede di fare una nuotata con lei, forse perché ha notato che le mie gambe di quasi quarantenne hanno bisogno di rassodarsi. Io preferirei mille volte poltrire sotto l'ombrellone in compagnia del mio Simenon, ma mi pare scortese rifiutare; afferro dunque con impeto gli occhialini e con essi tanti buoni propositi di trasformare la giornata in una lezione di acquagym. Ci avviamo con entusiasmo, ma dopo qualche bracciata che ci porta a largo vengo presa dallo sconforto: Anna, così si chiama la signora, dichiara le sue intenzioni bellicose. Vuole raggiungere quella splendida insenatura che c'è al di là del promontorio. Mi promette che rimarrò incantata dalle acque cristalline che lambiscono quella spiaggetta di ghiaia bianchissima. Non c'è mai stata, ma ha visto tutto su Google map. Penso tra me e me che sono finita con tutte le gambe cellulitiche nella sua trappola. Non vuole una semplice compagnia per quattro chiacchiere in mare, bensì un potenziale bagnino di salvataggio in caso di pericolo, trattandosi di una meta fino ad allora mai raggiunta e pertanto ignota. Beh, inutile piangere sul latte versato, e in fin dei conti potrei davvero ritrovarmi di fronte ad un paradiso terrestre. Forza e coraggio, dunque, ancora qualche bracciata e sarò nella Costa Smeralda de noialtri. Sto per perdere la speranza (dell'altezza, direbbe Dante nel primo canto dell'Inferno), quand'ecco svelarsi dietro ad una punta rocciosa una mezzaluna di sassolini bianchi bagnati da un mare trasparente. Che meraviglia! Qualche decina di metri ci separano dal luogo ameno e con un po' di fastidio notiamo subito che la caletta è popolata. Individui solitari con la pelle bruciata dal sole stanziano appollaiati sugli scogli. Da lontano ci avvistano come se fossimo sgraditi invasori pronti a guastargli la festa. Ma quale festa ancora non lo sappiamo. Siamo piuttosto stanche; abbiamo nuotato senza sosta per quasi un'ora. Vorremmo solo stenderci al sole sul bagnasciuga, non pretendiamo altro. Quando approdiamo sulle agognate rive il sole batte forte e strizziamo gli occhi per orientarci. Il candore della roccia e dei sassi ci abbaglia e gli abitanti del luogo ci appaiono per ora solo come sagome indistinte. Quando le pupille si abituano però vedo in maniera più nitida le fattezze di quelle persone abbronzatissime che ora si sono alzate come vedette per osservarci meglio. Chi sono queste due forestiere? Che ci fanno nel nostro territorio? Alcuni si rimettono seduti, chi a leggere, chi a mangiare un frutto. Qualcuno cammina su e giù con ostentata indifferenza, ed è a quel punto che il quadro si fa più chiaro. Sono tutti uomini, di età diverse, e sono indiscutibilmente tutti nudi. Ok, penso io: nessun problema, è una spiaggia per nudisti omosex. Prevedibile, vista l'ubicazione così impervia. Ma Anna ne era a conoscenza? Non me lo ha svelato prima perché temeva che io non gradissi lo spettacolo? Eppure sa bene che sono una di larghe vedute, nonostante i nostri rapporti si siano sempre limitati alle conversazioni disimpegnate da buon vicinato. Non mi resta che voltarmi e cercare di indovinare dalla sua espressione come questa signora borghese, sempre distinta ed impeccabile, stia prendendo la faccenda degli uomini nudi che abbiamo attorno. Scopro con perplessità unita ad una punta di sollievo che in realtà Anna non ha ancora visto nulla. È insomma ignara di trovarsi in mezzo ad una marea di piselli ciondolanti e palle al sole. Decido dunque di tacere e di lasciare che si sdrai rilassata con i piedi a mollo e gli occhi socchiusi, rivolta all'orizzonte. Io mi tranquillizzo e cerco di non pensare al fatto che, molto probabilmente, non siamo graditissime in questa spiaggia, che è la LORO e non la nostra. Temo che qualcuno prima o poi ci farà capire che non siamo espressamente desiderate e che faremmo meglio a riprendere la nostra gioiosa nuotata girando le pinne verso casa. Tempo pochi minuti e succede l'irreparabile. Il sereno volto della mia amica viene adombrato da una sagoma lunga che si avvicina. Nel mentre sentiamo un rumore di ferraglia scossa come da un dondolio cadenzato, che si fa sempre più prossimo. Ora abbiamo la netta sensazione che qualcuno sia in piedi ad un passo da noi e con terrore, come in un film, apro lentamente gli occhi. Lo stesso fa Anna spaventata dall'incombente presenza che si erge come un totem su di lei. Il suo volto si deforma come L'urlo di Munch e comincia a gridare come una gallina spennata contro un bel palestrato che agita fiero il suo prestante e arzillo gioiello in erezione. Lo ha per l'occasione impreziosito con un cordoncino di campanellini, un richiamo per chi volesse gradire, insomma. Il suo pene fa ombra e volteggia festante sulla bocca spalancata della povera signora, che si agita sconvolta e oppone le mani a scudo contro quella impertinente carne eccitata. La scena è grottesca. I boccoli umidi di Anna sfiorano l'arnese dello sconosciuto, che sembra brandirlo come un bastone con il quale cacciare i mercanti dal suo tempio. La guarda dall'alto con lussuria: "Ti piace, eh?! " Capisco che il soggiorno sulla spiaggia incantata sta volgendo tragicamente al termine. La fuga è l'unica via e ci tuffiamo in acqua dimenandoci con goffe bracciate che ci conducono a largo, verso il ritorno. Sotto il sole cocente, nell'azzurro di quelle acque proibite, le urla della povera signora offesa non riescono a coprire la diabolica risata di colui che ci ha fatto scappare. L'eco dei crudeli ghigni si diffonde per tutta la baia e noi, sgradite ospiti di quel ritrovo di bizzarri amanti del sole integrale e forse non solo, sembriamo due anatre starnazzanti inseguite da un serpente a sonagli.

Federica Piloni Insegnante di Lettere a Bologna, con la passione per viaggi avventurosi, cinema d'essai, storia dell'arte e racconti umoristici.