

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore

Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione

Corrado Asteria	Filippo La Torre
Gian Andrea Binda	Pietro S. Litta
Federica Cadeddu	Giovanni Milito
Francesco Corcione	Gabriele Naldini
Elisabetta Costantini	Vittorio Piloni
Raffaele De Caro	Fabio Pomerri
Mario De Gennaro	Massimo Porena
Davide De Vita	Filippo Pucciani
Fabio Gaj	Salvatore Siracusano
Aldo Infantino	Marco Soligo

Organo ufficiale

della **Società Italiana di Pelvi-perineologia
e di Urologia Femminile e Funzionale**
e dell'**Integrated Pelvis Group**

www.pelviperineologia.it

Indice

- 39 Un vademecum di base per l'incontinenza urinaria funzionale pediatrica e i LUTS
M. L. CAPITANUCCI, F. PETRANGELI, A. MARCIANO, R. ALVARO, M. DE GENNARO
- 43 Il supporto psicologico ai soggetti affetti da disturbi pelvici e alla loro famiglia
A. CARISUGHI
- 47 Anorgasmia: la scoperta del piacere fra il sogno e la paura
S. DE CHINO
- 49 Chiude l'Happy-Hour Pelvico Milanese?
M. SOLIGO



Redazione:

Clinica Chirurgica 2
Via Giustiniani, 2
35128 Padova

e-mail: giuseppe.dodi@unipd.it
info@giuseppedodi.it

Trimestrale di informazione scientifica

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

Stampa:

Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it

Proctoial™

GEL RETTALE

Indicato nel caso
di **emorroidi,
proctiti e prurito anale**¹



1. Proctoial Foglietto Illustrativo

Prezzo € 16,43

**Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546**

ProStrakan Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.prostrakan.com

 **ProStrakan**

A member of the Kyowa Hakkō Kirin group

Un vademecum di base per l'incontinenza urinaria funzionale pediatrica e i LUTS

MARIA LUISA CAPITANUCCI¹, FABIOLA PETRANGELI², ARMANDO MARCIANO¹, ROSARIA ALVARO², MARIO DE GENNARO¹

¹ Unità Operativa Complessa Urologia e Urodinamica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

² Scuola di Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma

Riassunto: L'incontinenza urinaria (IU) è un problema che affligge il 5-10% dei bambini in età scolare, ma solo pochi riescono a parlarne liberamente. Il Pediatra di famiglia e gli stessi genitori spesso non affrontano il problema in tempo utile quando si può ottenere la collaborazione motivata del bambino. L'incontinenza si distingue in forme di tipo funzionale la cui terapia è basata soprattutto su metodiche riabilitative, nell'enuresi notturna che viene trattata con tecniche comportamentali e farmacoterapia. Vengono descritte le indagini urodinamiche applicabili nel bambino.

Parole chiave: Incontinenza urinaria funzionale pediatrica; Sintomi dell'apparato urinario inferiore; LUTS; Urodinamica.

GUIDELINES FOR FUNCTIONAL URINARY INCONTINENCE AND LUTS IN CHILDREN

Summary: Urinary incontinence (UI) is a problem for 5-10% of children in school age, but only few can speak freely telling about it, and Family pediatricians and parents themselves do not always deal with this condition in the proper time, when a well motivated collaboration can be obtained by the child. Functional incontinence may be treated with rehabilitation, while nocturnal enuresis requires either behavioral therapy and drugs. Urodynamic investigations in children are described.

Key-words: Urinary incontinence in children; Lower urinary tract symptoms; LUTS; Urodynamic study.

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria (IU) è un problema per molti bambini, ma solo pochi riescono a parlarne liberamente. Il Pediatra di Famiglia non sempre ha gli strumenti per affrontare il problema e può rinviarlo nel tempo o genericamente allo specialista.

La condizione, invece, produce un grave disagio e per questo deve essere affrontata presto, sapendo che le strategie terapeutiche sono disponibili e le possibilità di risoluzione elevate.

L'incontinenza urinaria funzionale è meno frequente che nell'adulto, ma si calcola che il 5-10% dei bambini in età scolare ne siano affetti. Elementi socio-ambientali rendono il problema più frequente. L'uso di pannolini ha reso i genitori più pigri nell'educazione alla crescita, ma allo stesso tempo serve spesso una rapida autonomia per andare, per esempio, all'asilo nido (alcuni non accettano bambini non svezzati). Nei più grandi, la vita sedentaria favorisce la ritenzione cronica di urine e feci e le cattive abitudini alimentari l'obesità come fattore di comorbidità.

A differenza dell'adulto, dove l'IU è un allarme immediato, nel bambino viene spesso sottostimata. *Passerà con la crescita e allo sviluppo andrà a posto* sono espressioni frequenti. Statisticamente questo è vero specie per l'enuresi notturna (EN), ma nel frattempo il bambino ne soffre molto più di quanto si immagini. Affrontare in ritardo l'IU fa perdere l'occasione di fornire, in fase iniziale, quelle corrette abitudini che già da sole, senza medicine o altro, possono essere risolutive per la maggior parte delle IU funzionali.

La chiave del successo nella cura dell'IU è rendere il bambino consapevole, farlo desiderare di risolvere il problema e, quindi, ottenere la sua collaborazione motivata. È inutile e forse controproducente iniziare un percorso diagnostico-terapeutico se non c'è la volontà di risolvere il problema o quando non è sentito come tale. Il pannolone può essere in qualche caso un *rifugio*, una *voglia di non crescere*. Anche i genitori, possono, inconsciamente, contribuire: il pannolino diventa un *nido*, simbolo di protezione genitoriale.

INCONTINENZA FUNZIONALE

È dovuta a disfunzioni non neurogene del riempimento e/o dello svuotamento vescicale. La sintomatologia è simile: alterata frequenza minzionale, IU, infezioni genito-urinarie e reflusso vescico-ureterale (RVU), associate pressoché costantemente a stipsi (dysfunctional elimination syndrome) (Figura 1).

Vescica iperattiva (VI). È un disturbo del riempimento che provoca aumento del numero delle minzioni/die (normale: 4-7 volte/die); fa "correre al bagno" anche se la vescica non è piena (urgenza) e correndo in bagno può realizzarsi una IU da urgenza; il bambino può assumere posizioni peculiari per contrastare l'urgenza e l'IU, come "accovacciarsi" sulle gambe o "sedersi sul tallone";

Minzione disfunzionale (MD). È un disturbo dello svuotamento per cui il bambino urina raramente. È più frequente nelle femmine perché dovuta ad una anomala contrazione dei muscoli perineali. Si realizza una incoordinazione durante la minzione per cui alla contrazione del detrusore non corrisponde l'apertura per rilascio delle strutture sfinteriali per consentire la fuoriuscita delle urine. Per la contrazione degli stessi muscoli, la minzione disfunzionale è sempre associata a stitichezza. Dal punto di vista urodinamico si distinguono tre quadri di progressiva gravità: *staccato*, *interrotto* e *vescica ipoattiva* ("lazy bladder" della vecchia terminologia).

Voiding postponement. Sono bambini che abitualmente pospongono la minzione, usando anche posizioni particolari come l'accovacciamento. Alcuni imparano a ridurre l'apporto idrico per non andare a urinare o ridurre l'entità dell'IU. Spesso problemi psicologici o disturbi comportamentali sono presenti come fattori di comorbidità.

Giggle incontinence. È una sindrome rara con IU unicamente durante il riso. La perdita può corrispondere a una minzione completa. La funzione vescicale è normale.

Vaginal entrapment. Nelle bambine svezzate dal pannolino e prepuberi, l'IU si può realizzare entro i primi 15-20 minuti dalla minzione, non associata a nessuna disfunzione vescico-sfinterica/lower urinary tract dysfunction (DVS/

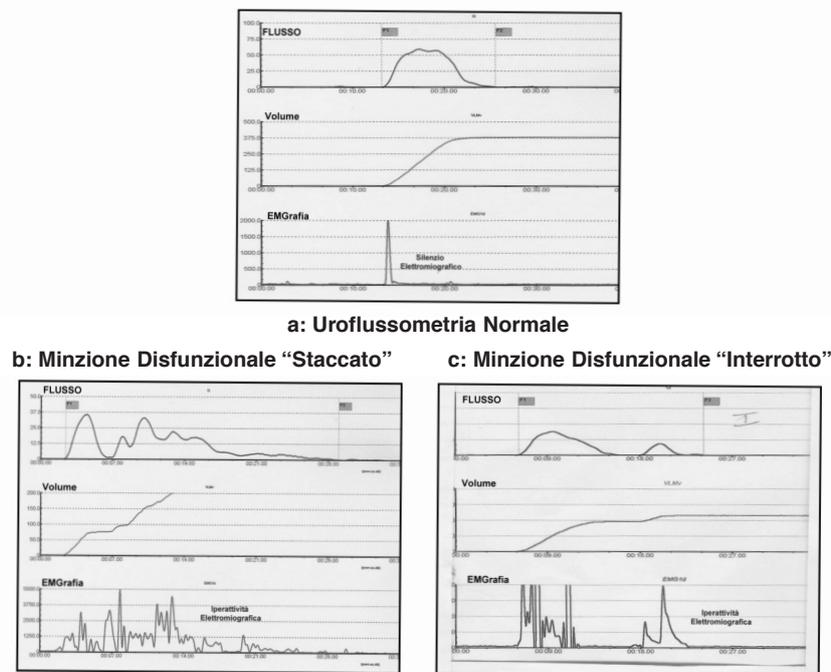


Figura 3. – Uroflussometria associata ad EMG perineale: a) tracciato normale con curva a campana e silenzio EMGrafico minzionale; b) *flusso Staccato* (deflessioni del flusso) e c) *flusso Interrotto* (interruzioni del flusso) dovuti ad iperattività EMGrafica perineale.

I farmaci sono pochi e comunque poco utili se non associati a correzione dei comportamenti minzionali.

Regole Comportamentali Sono semplici indicazioni con le quali quasi 1/3 dei bambini con DVS guarisce. La prima è urinare con regolarità ogni 3-4 ore (Training Vescicale), in posizione corretta e con calma. Per facilitare un regolare stimolo minzionale, i liquidi devono essere assunti regolarmente durante il giorno. L'igiene dei genitali è molto importante perché il contatto prolungato con la mutandina bagnata di urina può causare flogosi genitali e perineali. Basta prevenire le perdite di pipì e detergere i genitali anche solo con acqua e bicarbonato, consigliando trattamenti topici se l'infiammazione è complicata da infezione batterica o micotica. La dieta deve aiutare a correggere la stipsi, spesso misconosciuta e sottovalutata. Dieta e farmaci per la stipsi possono non essere risolutivi se non insegniamo al bambino ad evacuare tutti i giorni, più o meno alla stessa ora, meglio dopo un pasto principale (riflesso gastro-colico) dedicando il tempo dovuto alla defecazione.

Uroterapia: stimola la capacità del bambino di acquisire il controllo sfinterico e dei muscoli perineali attraverso l'esecuzione di esercizi, proposti al bambino come un gioco. Anche i genitori devono essere istruiti per aiutare il bambino ad esercitarsi a casa. L'uroriabilitazione si avvale di 3 metodiche:

“*Training Vescicale*”: per rieducare la vescica a svuotarsi ad intervalli regolari di 3-4 ore; “*Chinesiterapia*”: sono esercizi dei muscoli perineali che servono al bambino per localizzare, conoscere ed imparare il controllo, contraendoli per contrastare le fughe di urina e rilassandoli per mingere.

“*Biofeedback*”: visualizza su PC l'azione dei muscoli perineali (tracce luminose o videogiochi) durante gli esercizi di chinesiterapia e la minzione. Il bambino verifica così visivamente la capacità acquisita e si autocorregge.

Farmaci: L'uso nei bambini è limitato perché spesso si ottiene il miglioramento senza i farmaci che, peraltro, sono pochi. Il più usato è l'*ossibutinina* per la VI, in genere, prescritto quando l'uroriabilitazione è stata da sola inefficace o quando i sintomi sono molto rilevanti. Somministrare il farmaco senza seguire le regole comportamentali e il training vescicale serve a poco. Gli effetti collaterali non sono fre-

quenti ma si possono osservare secchezza della bocca e delle mucose, arrossamento improvviso del volto e delle mani. Queste reazioni sono favorite ed accentuate dal caldo per cui è meglio non iniziare la terapia nel periodo estivo.

Per i bambini con MD non esistono farmaci approvati per l'uso in pediatria. Solo in casi gravi lo specialista può prescrivere farmaci alfa-litici per migliorare lo svuotamento vescicale.

ENURESIS NOTTURNA

È una forma di IU funzionale che segnala un “ritardo” maturativo dei meccanismi che presiedono al controllo notturno delle urine.

Questi sono rappresentati da:⁵

- *Regolazione circadiana della secrezione di ormone anti-diuretico (ADH)*: nel bambino enuretico può mancare il fisiologico picco notturno di secrezione dell'ADH con conseguente *poliuria notturna assoluta*;
- *Risveglio indotto dal segnale di riempimento vescicale durante il sonno*: il bambino enuretico non si sveglia quando la vescica è piena;
- *Fisiologico incremento con l'età della capacità vescicale*: la capacità vescicale del bambino enuretico può non essere adeguata per l'età; si parla in questi casi di *poliuria notturna relativa*, perché la diuresi notturna è normale ma la capacità vescicale è inadeguata.

Diagnosi

L'anamnesi e semplici osservazioni domiciliari aiutano a capire la causa prevalente dell'EN, per cui è necessario:

- quantizzare il fenomeno con il calendario notti asciutte;
- confermare che è presente da sempre: una interruzione di almeno 6-12 mesi indica una EN secondaria, molto più rara, dipendente da altre cause (psicogene, neurologiche e malformative);
- informarsi sulla familiarità: il fatto che un genitore o uno zio abbia avuto lo stesso problema avvalorza l'ipotesi di una forma familiare “benigna” a soluzione spontanea (EN Familiare);
- misurare la diuresi notturna: con la doppia pesata del pannolino indossato la notte (grammi) a cui si aggiunge

la quantità (ml) della prima minzione della mattina. È consigliabile ripetere la misurazione per più di una notte bagnata (3-4 notti);

- misurare la capacità vescicale: la capacità vescicale è il volume di urine più abbondante svuotato in una singola minzione nel corso della compilazione del diario minzionale. La prima pipì della mattina non deve essere considerata perché è l'ultimo evento della notte;
- escludere l'associazione con sintomi diurni (LUTS) con il diario minzionale;
- misurare, se possibile, il "malessere" del bambino riguardo al problema con colloqui o test specifici;
- non sono indicate indagini particolari.

Sappiamo che il 15% dei bambini enuretici ogni anno guarisce senza intraprendere alcun trattamento e che l'EN è destinata nella quasi totalità dei casi ad una guarigione spontanea. Il trattamento è motivato dal disagio che questo disturbo produce nel bambino.

Terapia

- la terapia dell'enuresi notturna,^{6,7} prevede:
- presa di coscienza, regole comportamentali e training vescicale;
- farmacoterapia: la desmopressina, analogo di sintesi dell'ADH, è efficace nelle forme poliuriche con un successo globale del 30-50%. È una terapia sostitutiva che va quindi continuata fino a risoluzione dell'EN;
- allarme notturno: è un allarme acustico che suona e sveglia il bambino quando si bagna. I comportamenti successivi al suono dell'allarme (risveglio del bambino, completamento della minzione in bagno, cambio degli indumenti e riapplicazione dell'allarme) determinano un *condizionamento* a svegliarsi quando la vescica è piena. Il successo è anche dell'80% ma solo se il bambino ed i genitori accettano volentieri la strategia;
- trattamento "intensivo": Quando l'EN persiste o arriva al trattamento in età adolescenziale e nei casi in cui sono forti il malessere e il disagio del bambino è utile un trattamento intensivo che agisce contemporaneamente su più di un meccanismo, associando la desmopressina o i farmaci antimuscarinici all'allarme notturno.

APPENDICE

Urodinamica: Quale esame per quale bambino^{3,4}

Il bambino con DVS e/o IU viene inviato frequentemente al centro specialistico con indicazione generica ad *esame urodinamico*, ma l'*urodinamica* comprende una serie di *strumenti diagnostici, non invasivi ed invasivi*, con diverse indicazioni ed accuratezza diagnostica non sempre relazionabile con la complessità dell'indagine. Infatti, una delle regole d'oro dell'urodinamica è quella di condurre lo studio nella condizione più vicina a quella fisiologica e gli esami più complessi, necessitando di cateterizzazione e infusione di soluzioni di riempimento dall'esterno, spesso vengono meno a questo principio fondamentale. Inoltre, se l'esame è invasivo non è sempre facile ottenere dal bambino la collaborazione e la tranquillità necessarie per una corretta conduzione ed interpretazione dell'indagine.

Strumenti urodinamici di I livello: sono valutazioni non invasive che comprendono oltre all'anamnesi, al diario minzionale ed al calendario notti asciutte, l'*osservazione di 4 ore* e la *uroflussometria*.

L'*osservazione di 4 ore* è il diario minzionale del neonato e del lattante. Applicando un sacchetto per la raccolta delle urine al bambino senza pannolino, la mamma suppor-

tata da una nurse, osserva e conta le minzioni e ne misura dal sacchetto il singolo volume; immediatamente dopo ogni minzione la nurse misura con ecografi, anche portatili (*Bladderscan*), il residuo post-minzionale.

L'*Uroflussometria* (Figura 3), studia lo svuotamento vescicale e fornisce informazioni indirette sul riempimento. Consiste nel far urinare il bambino al massimo stimolo in un *flussometro* collegato ad un software di elaborazione dei dati. L'esame è indicato dopo l'acquisizione del controllo volontario, quando il bambino è in grado di riferire lo stimolo minzionale. In età pediatrica, l'*uroflussometria* viene sempre effettuata con simultanea registrazione dell'*attività EMGrafica del piano perineale* per applicazione di *elettrodi a placca* e completata dalla *misura ecografica del residuo post-minzionale*. L'*Uroflussometria* deve essere ripetuta almeno 2 volte per essere attendibile.

Strumenti urodinamici di II livello: sono tutti invasivi, necessitando della *cateterizzazione transuretrale*, con catetere a doppio lume per la registrazione delle pressioni endovesicali e per il riempimento della vescica, e del *posizionamento di una sonda rettale*, per la registrazione delle pressioni addominali che possono determinare artefatti nella valutazione dei reali regimi pressori endovesicali. Comprendono; la *cistomanometria*, che studia il riempimento vescicale; lo *studio pressione-flusso* che studia lo svuotamento; la *videourodinamica*, trattata nella sezione dedicata all'*imaging*; l'*Holter Urodinamico* o *Urodinamica Ambulatoriale*, che è una registrazione cistomanometrica di 12-24 ore attraverso cateteri *microtip*, vescicale e rettale, in condizioni di fisiologico riempimento vescicale. Il bambino avviato a questi test dovrà essere informato e preparato per non sentirsi proprio aggredito al momento dell'esecuzione dell'esame; è utile, specie in presenza di stipsi, un clistere di pulizia la sera prima; è sempre indicata una chemoprofilassi per evitare infezioni urinarie, possibili dopo la strumentazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. 3rd International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. Health Publication Ltd, 2005; 1598-630
2. Neveus, von Gontard A, Hoebcke P et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol. Urodynam.* 2007; 26: 90-102
3. De Gennaro M., Capitanucci M.L., Mosiello G. Urodinamica pediatrica: quale esame per quale bambino. In: Di Benedetto P, Pesce F, Tubaro A. *Urodinamica Clinica - Tecniche*. McGraw-Hill 2005; 135-155
4. De Gennaro M, Capitanucci M.L. Tecniche diagnostiche in urodinamica pediatrica. In: Di Benedetto P, Pesce F, Tubaro A. *Urodinamica Clinica - Tecniche*. McGraw-Hill, 2003; 209-24
5. Lackgren G., Jalmas K., Van Gool J. et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Paediatrica* 1999; 88: 679-90
6. Hjalmas K., Arnold T., Bower W. et al. Han Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol.* 2004; 171: 2545-61
7. Aceto G, Penza R, Coccioli MS et al. Enuresis subtypes based on nocturnal hypercalciuria: a multicentric study. *J. Urol* 2003; 170: 1670-3.

Corrispondenza:

mario.degennaro @opbg.net

Il supporto psicologico ai soggetti affetti da disturbi pelvici e alla loro famiglia

ALESSIA CARSUGHI

Psicologa, libera professionista, Ancona

Riassunto: Introduzione. Viene descritto il metodo di studio dei pazienti ambulatoriali afflitti da disturbi del pavimento pelvico avendo focalizzato l'attenzione sui loro aspetti psicologici. **Pazienti e metodi.** Vengono descritte le principali anomalie del comparto anteriore, medio e posteriore, con gli aspetti psicologici dei soggetti ad esse associati, caratterizzati da tratti in prevalenza ansiogeno-fobici nel primo caso, psicosomatici nel secondo e da disturbi alimentari o somatoformi nel terzo. L'osservazione, il colloquio e l'uso dei test sono gli strumenti di cui ci si avvale per una buona diagnosi di personalità. Dopo aver effettuato la diagnosi, è necessario impostare un piano psicoterapeutico che prenda in eventuale considerazione anche le condizioni di alcuni membri della famiglia e sia in grado di fornire gli strumenti strategici di supporto utili al soggetto e ai familiari per sostenere a loro volta il paziente. **Conclusioni.** Nei disturbi pelvici di tipo funzionale l'approccio psicologico è fondamentale ma spesso non si può intervenire senza approfondire anche a livello familiare le molteplici peculiarità psicologiche di chi si ha in cura o in osservazione.

Parole Chiave: Pavimento pelvico; Psicologia; Famiglia; Disturbi funzionali; Piano psicoterapeutico.

THE PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO THE PATIENTS WITH PELVIC DISEASES AND TO THEIR FAMILY

Abstract: Introduction. The way of approaching the outpatients with pelvic floor disorders is described after focusing the attention on their psychological aspects. **Patients and methods.** The main dysfunctions of the anterior, middle and posterior compartments are outlined with the psychological conditions more commonly associated, respectively phobic-anxiety, psychosomatic traits and eating or somatoform disorders. Observation, interview and tests are needed to achieve a good diagnosis of personality. After the diagnosis it is necessary to set up a psychotherapy program possibly considering also some of the members of the family to provide the strategic tools to the subject and to his family for the best support. **Conclusion.** In the functional diseases of the pelvic floor the psychological approach is of the utmost importance, being often necessary to investigate also at the family level the multiple psychological peculiarities of the patients.

Key words: Pelvic floor; Psychology; Family; Functional disorders; Psychotherapy.

INTRODUZIONE

Il progetto nasce dall'esigenza di attuare un approccio multidisciplinare nel settore dei soggetti affetti da disturbi del pavimento pelvico, che prenda in considerazione la figura dello psicologo-psicoterapeuta nel ruolo che gli compete, al fine di formulare una "diagnosi di personalità" sui soggetti afflitti da disturbi pelvici. Ho avuto modo di esaminare e valutare a livello ambulatoriale diversi soggetti con disturbi pelvici dovendo poi formulare modalità d'intervento che si avvalgono degli strumenti aggiornati e specifici della psicoterapia, quali, l'osservazione, il colloquio e l'utilizzo dei test. L'obiettivo di questa presentazione è descrivere il mio percorso personale e divulgarne il metodo.

PAZIENTI E METODI

1) Sintomi e disfunzioni osservate

I soggetti osservati presentano disturbi funzionali del **comparto anteriore**, quindi della fase di riempimento della vescica, della fase di svuotamento e della fase post-minzionale. Sul piano psicologico, alcuni disagi che andrò ad elencare, possono essere causa e/o conseguenza del disturbo stesso.

I soggetti con **disturbi della fase di riempimento** presentano fenomeni più o meno spiccati d'incontinenza urinaria, cioè perdita involontaria di urina che si distingue in tre forme:

1) **incontinenza da stress o sforzo**, che si verifica nel corso di attività naturali e involontarie, quale tossire, starnutire, soffiarsi il naso, sollevare pesi o affrontare scale da salire, o più semplicemente camminare. Tale disfunzione si manifesta prevalentemente durante la menopausa o nel post-partum. In tali circostanze è facile riscontrare un aspetto psicologico di tipo "simil-depressivo", in cui il soggetto è caduto, lasciandosi andare ad uno stato di più o me-

no evidente e grave prostrazione. Specificamente, si riscontra nella menopausa, momento in cui la donna è spesso indotta ad abbandonare la sua idea-immagine di fertilità, con tutti i significati che ciò soggettivamente comporta. Nel post-partum, la donna, invece fisiologicamente perde di vista se stessa al fine di accudire al meglio il neonato.

2) **incontinenza da urgenza**, che si palesa con un urgente bisogno di ricorso alla toilette, che spesso non riesce a raggiungere nel tempo necessario. Ciò favorisce o scatena una componente "ansigeno-fobica" nel soggetto, che tende ad "anticiparsi" nelle emergenze, sopravvalutando spesso anche lo stimolo, con la conseguenza di spaventarsi nel non riuscire a trattenersi. Tale disagio diviene per il soggetto fonte di attacchi di panico e generale stato di stress che sfocia quasi necessariamente nella perdita del controllo sul proprio corpo.

Un quadro simile determina facilmente **sindromi ansioso-depressive** in cui il soggetto si demoralizza e si abbandona ulteriormente, il più delle volte limitando anche la propria vita sociale, a causa del problema, che ritiene in prevalenza organico.

3) infine **incontinenza mista**, caratterizzata cioè da entrambe le forme sopra citate. Appartengono a questa condizione particolare del paziente anche l'urgenza urinaria, l'aumento della frequenza urinaria (pollachiuria) e la necessità di svegliarsi durante la notte per svuotare la vescica (nicturia).

I disturbi della fase di svuotamento si riferiscono invece alla difficoltà percepita dal soggetto durante la minzione: quando cioè appare difficile avviarla, oppure quando il flusso urinario si presenta intermittente e/o debole, con l'inevitabile obbligo o bisogno di spingere con l'addome per favorire l'espulsione dell'urina.

Anche nelle situazioni descritte si riscontra una condizione di **disagio**, legato al senso di **vergogna** che si provereb-

be psicologicamente durante l'espletamento del bisogno, legando ciò all'idea che qualcuno al di fuori, possa sentire la pur semplice irregolarità di flusso dell'urina che scorre, e/o altri rumori che rivelino il disturbo.

I soggetti che manifestano tali disagi sono spesso caratterizzati da *tratti ossessivi ed anancastici*: aprono ad esempio il rubinetto dell'acqua, con la scusante di facilitarli lo stimolo, quando in realtà è questo un accorgimento per coprire il loro rumore anomalo della minzione all'orecchio altrui. In casi di minor gravità accade che, per esempio in condizioni di solitudine, il disagio diminuisca.

I **disturbi post-minzionali** riguardano invece lo sgradevole senso di non completo svuotamento della vescica e il fenomeno oggettivo del perdurare del gocciolamento post-minzione.

In tal caso, il soggetto, se caratterizzato da *attitudine fobica*, è concentrato sulle sensazioni interne, al punto tale da credere di poterle controllare, con la risultante di uno stato d'animo d'insicurezza.

Non potendo avere certezza del dominio sui propri organi interni, il paziente non è in grado di valutare se lo svuotamento sia avvenuto in modo completo e tale "personale messa alla prova ansiogena" del suo apparato, determina un gocciolamento patologico.

I disturbi del **comparto medio**, ovvero le *disfunzioni sessuali*, possono colpire entrambi i sessi e riguardano l'impossibilità o la difficoltà ad avere rapporti sessuali, il mancato soddisfacimento, e/o l'avvertire dolore durante questi. La condizione in cui versa il pavimento pelvico può essere causa o conseguenza di tale disagio, oppure essere uno dei fattori che incidono su tale disfunzione. Ciò è dovuto al coinvolgimento dei muscoli pelvici nella genesi dell'erezione, durante la fase di penetrazione vaginale, nel periodo orgasmico e nella fase eiaculatoria. Nella maggior parte dei casi osservati le disfunzioni sessuali hanno un'origine psicosomatica.

Tali soggetti hanno spesso una scarsa consapevolezza delle proprie sensazioni-percezioni-emozioni con la risultante di non avere un'"identità originale", ma contestualizzata ai singoli eventi ed una scarsa consapevolezza del proprio corpo, di cui non avvertono o fraintendono i segnali. In sostanza si è di fronte a persone con una minima consapevolezza di sé.

I disturbi del **comparto posteriore** determinano *incontinenza* di gas e/o feci, sindromi da *defecazione ostruita*, *stipsi* e sintomi anali collegati a patologie emorroidarie o ragadi con il contributo di un'alterata contrattile e di rilassamento a livello ano-rettale o alla presenza di ostacoli funzionali e meccanici. L'incompleto o mancato rilassamento dei muscoli della continenza è indice di una dissinergia della muscolatura pelvica o del fascio puborettale che circonda e chiude il canale anale. La presenza di ostruzioni funzionali o meccaniche invece è attribuita alla presenza di un prolasso interno o esterno (prolasso mucoso anteriore o intussuscezione retto-rettale con eventuale associazione di rettocele). Nel primo caso, è facile riscontrare una componente psicosomatica del disturbo: Il soggetto ha scarsa consapevolezza di sé e dei segnali del proprio corpo, oppure tende a non volerli ascoltare o a rimandarne la presa in considerazione, con modalità che riguardano la necessità dello stesso di voler/dover tenere ogni cosa sotto controllo, persino i bisogni fisiologici primari. Si pensi ai molti e diversi casi di disturbi alimentari e l'anorexia nervosa ne costituisce un emblematico esempio. Soprattutto l'anorexia con mezzi di compenso (iperattività, vomito ed abuso di lassativi) non raramente sembra essere concausa di prolasso rettale completo.

Gli aspetti psicologici sono trascurati nella letteratura sulla malattia emorroidaria, ma se si prende in considera-

zione lo stato caratterizzato da perdita di sangue, irritazione, dolore e gonfiore a livello dell'ano e frequente parallela dilatazione dei vasi che costituiscono il plesso emorroidario nonché dal presentarsi di prolapsi della mucosa o della parete rettale, ebbene in questi casi si osservano soggetti in cui l'atto defecatorio è psicologicamente vissuto come sforzo e verifica della propria funzionalità. Gli effetti che da ciò si riscontrano sono una difficoltà di lasciarsi andare nel rilassamento, con evidenti conseguenze negative anche di natura organica. Lo stesso cosiddetto ipertono basale del canale anale rappresenta un interessante aspetto funzionale e sembra spesso correlabile con lo stato di tensione emotiva del soggetto. E' altresì un elemento di possibile significato nella patogenesi delle patologie benigne ano-rettali. Argomenti questi di notevole interesse clinico ma trascurati dalla ricerca e quindi pressoché assenti in letteratura.

Esiste inoltre il **prolasso degli organi pelvici**. I sintomi avvisati dal soggetto affetto da questo sono senso di protrusione vaginale e di pesantezza nella zona del basso ventre o genito-anoale, ciò soprattutto nelle ore serali e nello svolgere lavori pesanti. Le cause del prolasso s'identificano in alcuni fattori di rischio tra i quali la gravidanza, il parto, l'obesità, gli sport ad alto impatto fisico e la stipsi. È indispensabile a tal punto rintracciare delle possibili cause psicologiche, oltre a quelle organiche, che possono aver contribuito all'insorgenza del prolasso. Si riscontrano in tali indagini disturbi alimentari (eccessiva magrezza e/o abuso di lassativi), obesità, con doppia diagnosi di disturbo dell'umore o di personalità borderline.

Le conseguenze negative della correlazione tra i sintomi causati dalle disfunzioni del pavimento pelvico e gli aspetti psicologici derivati, incidono notevolmente sulla qualità di vita dei soggetti, condizionandone la quotidianità.

2) Approccio al paziente e ruolo dello psicologo-psicoterapeuta

Per ri-armonizzare la persona si rivela necessaria un'indagine della personalità, da svolgere in tre momenti: L'osservazione, il colloquio e l'uso dei test.

L'**osservazione** da parte dello psicologo-psicoterapeuta si attua nel momento del colloquio e consiste nell'osservare ed annotarsi la mimica del soggetto, la postura, i gesti, i movimenti delle mani mentre questo parla e risponde alle sue domande.

Ciò permette di considerare gli aspetti emotivi legati al soggetto e verificarne l'eventuale coerenza con la verbalizzazione, al fine di intuire il grado di consapevolezza del "Sé".

Il **colloquio**, invece, è l'aspetto portante dell'incontro con il paziente. Le aree da investigare riguardano il vissuto che il paziente dimostra di avere del suo disagio, le soluzioni che questo si prospetta, l'immagine di sé e delle figure significative con cui ha o ha avuto rapporti importanti, le relazioni con sé e con gli altri. Bisogna cercare di cogliere le paure del paziente, i suoi desideri, le aspettative, con particolare attenzione alla capacità del soggetto di saperle avvertire e distinguere. È anche importante valutare la capacità del paziente di "sapersi progettare" e quanto investirebbe di sé in un'eventuale percorso da tracciare ed affrontare.

Ciò permette di capire le *tendenze progressive* del soggetto rispetto a quelle *regressive*.

Il colloquio dovrà essere strutturato, secondo le esigenze dello psicoterapeuta, in base alla

personalità del paziente e a che livelli di profondità potrà raggiungere. Con un soggetto psicotico, ad esempio, non sarà possibile investigare a livelli profondi, dato il rischio di una sua ulteriore destabilizzazione e frammentazione. Lo psicologo ha il compito di facilitare il processo conoscitivo

e la collaborazione del paziente, dimostrando per lui sincero interesse, partecipazione e buon ascolto. Nel colloquio è utile cercare di capire quanto e come i vissuti e le elaborazioni personali possano colorare la storia individuale. Occorre capire quali figure della sua vita si ricordino con affetti particolarmente intensi per valutare la qualità delle relazioni oggettuali primarie. È altresì opportuno cercare di investigare anche sulle esperienze traumatiche (separazione, lutti, abbandoni etc.). Per ciò che concerne il paziente psicosomatico, cioè colui che più spesso segnala disturbi pelvici, particolare attenzione dovrà essere rivolta all'emotività con cui si esprime. Il paziente psicosomatico manca di uno spessore emotivo, ovvero di una consapevolezza di sé, per cui si rende necessario verificarne l'estensione in negativo.

Infine si potrà somministrare il **Test del Disegno della Famiglia** (o TDF) di facile e rapida

somministrazione, come strumento mediatore e facilitatore dell'"assessment psicologico" e come integratore delle conoscenze che possono essere raccolte verbalmente, completandole degli aspetti interiori ed emotivi, trattandosi di un test proiettivo.¹

L'osservazione, il colloquio e la verifica del test servono a ricostruire lo stile personale del soggetto, i suoi aspetti caratteriali, il suo modo di relazionarsi e lo stato morale. Bisogna tener presente che, nell'infanzia, la famiglia è un "recipiente emotivo-cognitivo-sociale" che specifica le modalità di ogni relazione, sia interna che esterna alla stessa, e che il soggetto riproporrà nell'intero arco di vita. Quando ci si riferisce alla famiglia, non s'intende il nucleo sociologico-giuridico, ma l'immagine che il soggetto ha costruito dentro di sé, e che resta inalterata durante l'esistenza. Tale immagine rappresenta le emozioni, l'istinto, i conflitti, le attese e le fantasie che influenzano soggettivamente il modo di pensare, scegliere, agire e interpretare gli eventi. Comprendere queste modalità interne significa capire il mondo del soggetto, le ragioni del suo malessere, le possibilità di cambiamento e di ripristino del suo benessere. Per la valutazione del test ci sono cinque parametri specifici che individuano caratteristiche e attitudini psicologiche del soggetto disegnatore. Il *tratto insicuro*, ripassato o discontinuo indica incertezza ed instabilità emotiva, depressione, scarsa o repressa pulsionalità, ansia, scarsa stima di sé, indecisione, debolezza dell'Io. La *malformazione o l'omissione di parti corporee* indica generalmente una scarsa o erronea percezione della propria immagine corporea, un'eventualmente ridotta definizione della propria identità, l'inibizione alla comunicazione affettiva e/o alla relazione, e difficoltà di contatto con la realtà. Per ciò che concerne le dimensioni del disegno, le *figure piccole*, tanto più se in posizione non centrale rispetto al foglio, segnalano inibizione, introversione, senso d'inferiorità, depressione. Altro elemento da considerare è la staticità, indicativa d'inibizione, forte controllo degli impulsi, depressione, giudizio severo verso sé, scarsa capacità comunicativa e poca flessibilità. Infine va esaminato l'aspetto riguardante i legami simbiotici tra i personaggi riportati nel disegno, che si evidenziano nella vicinanza fisica, a volte nella sovrapposizione delle figure ed anche nell'indifferenziazione con cui sono disegnate le stesse, sia a livello fisico che di azione. La presenza di simili caratteristiche nel disegno denota un'indistinzione dei vari familiari, a causa di problemi di dipendenza affettiva. Inoltre, quando la famiglia è rappresentata all'interno di un contenitore, ciò può indicare regressione e/o isolamento nei confronti dell'esterno. Durante l'esecuzione del disegno è altresì fondamentale l'osservazione della gestualità del soggetto, il suo modo di scegliere cosa disegnare, come posizionare gli elementi sul foglio, l'aggiunta dei dettagli, i suoi commenti, le pause, i ripensamenti. Ogni segnale ver-

bale-non verbale esternato durante la prova andrà accuratamente registrato, per integrarlo in sede di lettura del test. Al termine del disegno, alcune brevi domande integreranno i contenuti del test, chiedendo al soggetto chi o cosa fossero le figure disegnate, dove si trovassero, cosa stessero facendo, perché siano state scelte determinate figure e disegnate in determinati modi, quali relazioni le lega ed altri approfondimenti inerenti all'atmosfera emotivo-relazionale-esistenziale, ciò allo scopo di inquadrare meglio la struttura di personalità e lo stile relazionale individuale. La personalità del soggetto è un indicatore fondamentale rispetto alla malattia, sia come causa diretta della stessa sia come meccanismo di mantenimento del circolo vizioso patologico. Nel soggetto patologico cronico, s'instaura un meccanismo specifico tra sintomo somatico e sofferenza psichica, in cui entrambi si rinforzano causando irritazione, angoscia, perdita di volontà e insofferenza.

3) Il supporto al soggetto e alla famiglia

Finora la cura dei disordini del pavimento pelvico è stata prevalentemente di tipo riabilitativo,

farmacologico e/o chirurgico, considerando la severità del problema, dell'età, dello stato di salute del soggetto e del grado di peggioramento della sua qualità di vita. Poco spazio è stato dedicato al supporto psicologico-psicoterapeutico del paziente. In tale ambito, il ruolo dello psicologo-psicoterapeuta sarà sostenere il paziente attraverso una psicoterapia mirata ad una psico-educazione sul disturbo, cioè fornire al paziente informazioni inerenti al tipo di disturbo da cui è afflitto e su come la sfera psichica possa esserne attivamente o passivamente coinvolta. La psicoterapia aiuterà il paziente ad acquisire una maggiore consapevolezza di come la sua mente si ponga di fronte ad eventuali disagi. Pertanto sarà necessaria l'acquisizione degli strumenti utili al fine di auto-osservarsi, cioè imparare a vedersi dall'interno (*inward*) e dall'esterno (*outward*).

La ricostruzione dei momenti salienti e ritenuti più complessi avviene insieme allo psicoterapeuta, attraverso la tecnica della moviola,² che consiste nel raccontarsi, rivedendo i propri momenti di vita a ritroso. Una volta che il soggetto avrà chiara la propria capacità di funzionamento psichico, s'interrverrà sui significati che lo stesso attribuisce agli eventi.

Ad esempio, un soggetto che soffre di stipsi cronica attribuisce al suo mancato bisogno di defecazione una propria incapacità come persona. Occorrerà farlo riflettere sul fatto che stia misurando la capacità del suo Essere nell'espletamento di un bisogno fisiologico. In questo modo, il paziente imparerà a differenziare la propria *Identità* dalla propria *Funzionalità*. Di conseguenza eviterà di deprimersi, e si orienterà su altri parametri per "*mettersi alla prova*" come individuo, accettando una certa "*compromissione*" del suo organismo. Dunque sarà più probabile che affronti le tecniche riabilitative corporee con aspettative realistiche (senza investire gli operatori di ruoli diversi da quelli che competono loro, a volte imbarazzanti) e probabilmente con risultati terapeutici più soddisfacenti. Tuttavia, a volte potrà rivelarsi utile l'affiancamento dello psicologo-psicoterapeuta al fisioterapista durante il suo lavoro, soprattutto quando tra i sintomi sarà presente il dolore (frequentemente cronico), proprio per la messa a fuoco dell'elaborazione dei segnali corporei a livello mentale. In molti casi, infatti, il soggetto non è capace di focalizzare le proprie sensazioni-percezioni-emozioni, con la risultante di avvertire solo il sintomo come disagio.

Attraverso la ristrutturazione cognitiva, il soggetto acquisisce una lettura di sé più articolata e complessa, che s'intreccia con la propria storia di vita.³ Non a caso in questi

frangenti riemergono accaduti non risolti, traumi infantili, abusi. Ognuno sente, vive e si racconta con un preciso significato, in base al proprio vissuto, creando la propria organizzazione di personalità.

Capire chi sia il soggetto cui ci dedichiamo nella cura, è fondamentale, ancor prima della stessa a cui lo sottoporremo, sia per garantirne l'adeguatezza, sia per salvaguardarne l'efficacia. Infatti, se s'intervenisse chirurgicamente su un soggetto con prolasso rettale dovuto ad abuso di lassativi, senza modificarne la tendenza ad assumerli - e quindi senza armonizzarne la personalità - le attitudini all'ingenerare il prolasso si ripresentano.

Quindi, il primo approccio, a livello psicologico, sarà effettuare una diagnosi differenziale tra i disturbi a netta prevalenza disfunzionale, che prendano in considerazione gli eventuali aspetti invariati della personalità,⁴ cioè le modalità con cui il soggetto esperisce la realtà, attribuendole significati che, di volta in volta, sono coerenti tra loro, e quelli riconducibili ad una chiara causa medica.

Se poca considerazione è stata data al soggetto con disturbi pelvici da un punto di vista psicologico, ancor minore rilevanza è stata attribuita agli aspetti di disagio ai quali vanno incontro i *familiari* dello stesso. Questi ultimi spesso ritengono che, una volta ristabilito chirurgicamente o sul piano fisioterapeutico, il soggetto non abbia più necessità di cure.

Se questo può essere parzialmente vero da un punto di vista prettamente clinico, non può essere invece affermato sul versante psicologico.

Come sopra accennato, il soggetto dovrà seguire un programma psicoterapeutico che lo porterà ad acquisire una maggiore conoscenza di sé sul piano fisico e mentale, nella constatazione dell'unicità dei due aspetti. Il lavoro su di sé non è semplice né fulmineo, perciò il sostegno familiare è importante. Di qui, il motivo per cui si rivela indispensabile utile, che la famiglia sia messa a conoscenza, tramite gruppi di psico-educazione, su che cosa siano i disturbi pelvici, su quanto sia necessario un apporto multidisciplinare per affrontarli e su come bisognerà adottare anche uno specifico approccio psicologico. A tal fine, occorre fornire ai familiari le strategie psicologiche per imparare a gestire il soggetto durante il rientro a casa e a posteriori. Ovvero fornire loro tecniche mirate per aiutarlo a gestire le fasi acute di ansia e/o depressione, che potrebbero ripresentarsi.

Un'ipotesi potrebbe essere quella di formare *gruppi di auto-aiuto* all'interno dei quali uno psicoterapeuta, confrontandosi con le problematiche soggettive di ogni fami-

glia, chiarisca e fornisca, di volta in volta, strategie adeguate al contesto. Ciò eviterà - o se non altro limiterà - comportamenti disfunzionali da parte dei familiari nei confronti del soggetto in questione, creando all'interno di ogni nucleo un ambiente più armonico, che faciliterà il reinserimento dello stesso, senza alimentarne eventuali sensi di colpa o di vergogna ai quali potrebbe essere esposto.

Inoltre, in taluni casi sarà necessario il coinvolgimento di una o più figure della famiglia nel percorso psicoterapeutico, come per i disturbi sessuali o di quelli sfinterici, che spesso celano comportamenti di tipo coercitivo/controllanti nei confronti di qualcuno (comunemente il partner) nel tentativo di metterlo alla prova su temi affettivi. Per questo la scelta della terapia individuale, di coppia o familiare dipenderà dalle problematiche del singolo, che emergeranno sia dai risultati del TDF sia dal colloquio clinico.

CONCLUSIONI

I disturbi del pavimento pelvico rientrano in quelle patologie che non sempre si risolvono con il solo intervento chirurgico e che, di conseguenza, possono recidivare e/o cronicizzarsi, aggravandosi con l'aggiunta della componente algica. In questi casi è doveroso capire ciò che il corpo di chi soffre esprima attraverso il sintomo e il disagio.

La consulenza psicologica diviene quindi l'aspetto centrale dell'approccio con il paziente, sia per renderlo consapevole del disturbo da un punto di vista psicosomatico e non solo organicistico, sia per scegliere la cura adeguata al fine di garantirne la massima probabilità di successo.

BIBLIOGRAFIA

1. Corman L., *Il disegno della famiglia: Test per bambini*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1970.
2. Guidano V.F., *The Self in process*, Guilford Press, New York, 1991.
3. Guidano V.F., *Complexity of Self*, Guilford Press, New York, 1983.
4. Guidano V.F., "El modelo Cognitivo Postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica" (a cura di A.T. Quinones Bergeret). Desclée de Brouwer, Bilbao, 2001.

Corrispondenza:

Dr. Alessia CARSUGHI

Email: alessiacarsughi@yahoo.it

Anorgasmia: la scoperta del piacere fra il sogno e la paura

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice, Schio (Vicenza)



Riassunto: Si riporta il caso di una donna con un'esperienza sessuale vissuta male, alla ricerca di una migliore conoscenza del proprio corpo. Viene descritto, nell'ambito della cristalloterapia, l'utilizzo dell'*uovo di pietra*, e vengono indicate alcune caratteristiche di questa tecnica e descritti i sogni fatti e le sensazioni provate tra le varie sedute del percorso terapeutico. Le espressioni del volto durante la narrazione e i dettagli della storia personale e familiare offrono lo spunto per una interpretazione del caso

Parole chiave: Perineo; Anorgasmia; Paura; Cristalloterapia; Memorie emotive.

Renza entra nel mio studio con passo circospetto. Lo sguardo è decisamente "strano"... i suoi occhi sono spalancati e sembrano uscire dalle orbite. Questa caratteristica del volto è talmente marcata da attirare molta della mia attenzione e portarmi a fare la domanda canonica (maledetta deformazione professionale): "Ha problemi di tiroide?"... Renza mi guarda perplessa e mi risponde un secco no seguito da un'ulteriore precisazione "Ho fatto tutti gli esami.. anche il medico aveva questo sospetto". La cosa mi rincuora un pochino nel senso che trovo conferma che non sono l'unica ad aver notato questa "facies" così particolare.

Mi racconta un po' di sé, in realtà davvero poco, mi dice che viene da me per un problema di "scarsa conoscenza del suo corpo, una penetrazione vissuta male, non fastidiosa ma nemmeno piacevole". Non sono una sessuologa, sono un'umile fisioterapista, ma la mia formazione pedagogica mi permette di trovare strategie per "insegnare" la scoperta del corpo. Mi capita pertanto a volte di avere in ruolo "educativo" più che riabilitativo e la cosa non mi stupisce quasi più. Nessuno si prende la briga di dedicare del tempo per la semplice "educazione" alla percezione del corpo.

Così iniziamo a dialogare e da subito sento la voglia di lavorare anche con l'utilizzo dell'*uovo di pietra*, pratica ampiamente diffusa in oriente per la consapevolezza dei muscoli vaginali. Come sottolinea Mantak Chia nel suo libro *Tao Yoga femminile* "l'uso di uova di pietra per rinforzare la vagina è una pratica sviluppatasi nell'antica Cina. Con il passare del tempo il segreto venne conservato nel palazzo reale ed insegnato soltanto alla regina e alle concubine. Molte furono padrone di questa tecnica e godettero di un'ottima salute conservando in età avanzata gli organi sessuali stretti ed elastici, come quelli di una giovane donna non maritata".¹ Le dimensioni dell'uovo possono variare dall'uovo di quaglia all'uovo di gallina.

Le propongo di iniziare con un uovo di misura intermedia da utilizzare sia in modo dinamico (contrazioni risucchianti e rilassamento) che statico (tenerlo in vagina per un tempo variabile a seconda delle reazioni del corpo). Per quanto riguarda il genere di pietra Chia sostiene che "una roccia vulcanica scolpita a forma d'uovo contiene il potere yang del vulcano che si origina dal potere yin del centro della terra".

Iniziamo quindi con l'*ossidiana*, una pietra nera, di origine vulcanica. La scelta di utilizzare due pietre di colori diversi nel percorso di ascolto-scoperta del corpo è legata al valore simbolico di tali colori legato alle "esperienze" che spesso si sedimentano nel corpo in relazione ad "eventi" di vita. Paure e traumi portano a contrazioni pelviche che si cronicizzano "anestetizzando i muscoli pelvici". Spesso la mancanza di piacere si iscrive in un corpo irrigidito in to-

to e tecniche come il rilassamento muscolare progressivo vanno ad agire su questa problematica e sulla componente psicoemotiva della tensione.

Dopo mezz'ora dall'inserimento dell'*uovo nero* (sul piano simbolico il nero è spesso assunto come freddo, negativo, controcolore di ogni colore ed è associato alle tenebre primordiali)² Renza lo deve togliere. Riferisce un malessere diffuso. In *cristalloterapia* l'ossidiana "elimina i blocchi del corpo, della mente e dello spirito causati dagli eccessi di rabbia"³ ma io non accenno minimamente a questo.

Decido di passare al *quarzo rosa*, colore più morbido. La paziente scrive: "Fatico ad addormentarmi, sonno molto agitato. Sogno il piano di lavoro della cucina che si sfilaccia, si scioglie e i filamenti bruciano".

Alla terza seduta propongo il *cristallo di rocca* ("il cristallo è simbolo di limpidezza e di purezza, di idee chiare e di spirito lucido").² I sogni della paziente di fanno molto più "intensi": "devo attraversare a nuoto un laghetto, uno stagno, e sono incoraggiata da un uomo che si trova nell'altra sponda. Per quest'uomo provo un affetto dolce. Attraverso lo stagno anche se ci sono foglie dentro l'acqua e per questo l'acqua è scura. L'acqua è calda. Quando arrivo dall'altra parte ci cocchiamo dentro l'acqua con dolcezza. Sensazioni di calore e dolcezza alla pancia."

Mentre discutiamo di queste sensazioni piacevoli sul ventre, sensazioni mai provate prima, mi rendo conto che lavorare con la muscolatura e la percezione ed entrare in "connessione" con la propria vagina sembra essere utile a Renza per "risvegliare" una parte del corpo davvero poco "vissuta".

Ma è dopo circa un mese di lavoro che Renza torna con un sogno che segna una svolta nel percorso terapeutico. "Sono a casa dei miei genitori alla finestra. Conosco un uomo un po' più maturo di me e sento che è la persona che fa per me (mi dà sicurezza, calma) e decido di frequentarlo. Ci mettiamo d'accordo sulla macchina da usare e andiamo a fare un giro.

Sul retro della casa dei miei genitori c'è un edificio pubblico con dei bagni. Vado in bagno e nell'antibagno mi lavo le mani. Dopo un po' ritorno e vedo un bambino di 7-8 anni in carrozzina con il sondino al naso. Lui non è cosciente. Mi avvicino e gli stacco il sondino al naso pur sapendo di farlo morire! Stacco il sondino pieno di sangue e lo appoggio ad un lato del comodino dove gocciola sangue. Poi esco ma subito dopo torno per cancellare le mie impronte dai rubinetti e dalle maniglie perché ci sarà un'indagine della polizia. Mi chiedo perché ho fatto morire il bambino, visto che non era nemmeno cosciente, ma non soffriva... e mi rispondo che era brutto (il viso era contratto e anche il corpo era raggrinzito)." Questo sogno la turba parti-



Figura 1. – *Urlo* di Edvard Munch alla vendita di *Impressionist and Modern Art Evening Sale*. Il dipinto risale al 1895 ed è una delle 4 versioni dell'Urlo, l'unica ad essere ancora in mani private, di proprietà dell'imprenditore norvegese Petter Olsen, il cui padre era amico e patrono di Munch.

colarmente e mentre lei narra io di nuovo mi perdo ad osservare i suoi lineamenti perennemente contratti in una strana smorfia, miscuglio di paura e sconcerto, anche quando sembra rilassata. E mentre mi legge il sogno... la sua voce si fa sempre più lontana... e vengo "svegliata" dal suo "perché era brutto" ...e penso "come te" ...mi rendo conto della pesantezza del mio pensiero ma è quello che mi provoca guardarla a lungo...

Improvvisamente senza che io le chieda nulla inizia a raccontarmi della sua infanzia. Arriva da una famiglia con una storia di grave malattia psichiatrica nelle donne: nonna e mamma. Mi narra che anche durante la gravidanza sua madre veniva picchiata dalla nonna e che tutta la sua infanzia è stata contornata dalla violenza verbale e fisica di queste donne malate nell'anima.

Intuizione immediata! Le chiedo di descrivermi esattamente cosa prova durante la penetrazione. E lei mi dice: "Provo una sorta di paura...paura della violenza... ma non della violenza sessuale... della violenza in generale". Allora mi rendo conto di come il piacere sia il frutto della "morbidezza" dei muscoli e che spesso non è una situazione data a priori. La storia personale stratifica e solidifica tensioni che diventano croniche e portano memorie. Lowen in "Amore e orgasmo" parla dell'orgasmo vaginale come l'apice della "fiducia" e dell'abbandono al piacere.⁴

Apro il libro di Valentina D'Urso e Rosanna Trentin⁵ "Introduzione alla psicologia delle emozioni" e nel capitolo sulla paura trovo "*La paura ha una faccia caratteristica: bocca semi-aperta con gli angoli verso il basso, occhi sbarrati cioè aperti e fissi, sopracciglia avvicinate con la parte interna spesso all'ingiù, fronte aggrottata cioè solcata da rughe sia orizzontali che verticali in corrispondenza con il corrugamento delle sopracciglia. I muscoli all'interno del viso sono in tensione e l'espressione può restare statica per qualche istante*". È lei. Allora comprendo... il perineo di Renza ha la stessa paura congelata del suo viso.

BIBLIOGRAFIA

1. Mantak Chia, Tao Yoga femminile, ed. Mediterranee, 2002.
2. Jean Chevalier Alain Gheerbrant, Dizionario dei Simboli, ed. BUR, 2011.
3. Sofia Sienko, I segreti delle pietre, ed. Armenia, 1997.
4. Alexander Lowen, Amore ed Orgasmo, Feltrinelli, 1968.
5. Valentina D'Urso, Rosanna Trentin, Introduzione alla psicologia delle emozioni, Università Laterza, 1998.

Corrispondenza:

STELLA DE CHINO
Via Righi, 32 - Schio (VI)
e-mail: info@stelladechino.net

Chiude l'Happy-Hour Pelvico Milanese?

MARCO SOLIGO

Uroginecologia, Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Giunge a conclusione naturale l'esperienza, un po' folle almeno in partenza, dell'Happy-Hour Pelvico Milanese.

Vale la pena riepilogare.

Nel 2009, con l'obiettivo di unire un'occasione di incontro conviviale, come l'aperitivo, ad un momento di confronto scientifico, volutamente informale, nasceva l'**Happy-Hour Uroginecologico Milanese**. Mentore dell'iniziativa furono i due Michele milanesi, Meschia e Spinelli, ai quali, quasi come all'Arcangelo, mi rivolsi per chiedere cosa ne pensassero. Entrambi l'accosero con interesse, ma in particolare ricordo l'incoraggiamento del Michele ginecologo: "è una bellissima idea..., se riesci a farla durare nel tempo...". Ho raccolto la sfida e sono partito.

L'invito (Fig. 1) veniva rivolto a tutti i colleghi dell'area milanese, a qualunque Specialità appartenessero, nonché ad altre figure professionali quali Ostetriche, Terapisti della riabilitazione ed Infermieri comunque interessati alle problematiche disfunzionali pelviche. L'aperitivo, dalle 19 alle 20 circa, lasciava la possibilità a tutti di arrivare in ordine sparso e di gustare accanto a bevande e sfiziosità varie il piacere di incontrare vecchi amici, conoscere colleghi "della porta accanto..." stabilire contatti. Dalle 20 alle 21 ci si trasferiva in una saletta per affrontare la discussione di due casi clinici a tema definito (il tema della serata) affidato ogni volta ad un collega diverso dell'area milanese, seguito poi da un Journal club su tematica differente affidato ad un collega di un altro Centro milanese. In sostanza in poco più di un'ora c'era la possibilità di dibattere due tematiche differenti e sollecitare l'interesse per un'aggiornamento personale più approfondito.

Devo dire che l'idea è piaciuta, molto, e a molti. Nel 2010 sotto l'impulso di Vittorio Piloni ne abbiamo modificato la denominazione trasformandolo nell'attuale **Happy-Hour Pelvico Milanese**, per rendere conto della multidisciplinarietà che caratterizza gli incontri.

In quattro anni abbiamo realizzato 9 Aperitivi, sempre accolti gradevolmente presso l'Una Hotel Century di via Fabio Filzi in Milano. Un grazie particolare alla disponibilità del suo Direttore Silvio Noli e di tutto il personale dell'Hotel. Si sono avvicinati nella presentazione dei casi clinici e del Journal Club molti colleghi dell'area milanese, che ringrazio per la passione e disponibilità, (*Francesco Cappellano, Michele Meschia, Paola Quellari, Francesco Bernasconi, Michele Spinelli, Paola Pifarotti, Diego Riva, Federico Spelzini, Sandro Passaretti, Paola De Nardi, Gianni Baudino, Sara Gaita, GianFranco Lamberti, Filippo Murina, Andrea Bondurri, Corrado Bottini, Gaetano Tessera, Stefano Salvatore e Rodolfo Milani*) affrontando le tematiche più disparate inerenti le problematiche pelviche. Il tutto è stato volta per volta reso possibile grazie al sostegno di diverse Aziende del settore (*Sunmedical srl, AstraThec oggi Wellspect, Sofar, Gynecare Ethicon J&J, Innova Medica, Finderm, Nathura*). Anche a loro va la gratitudine di tutta la comunità scientifica milanese. Infine il grazie più grande va a tutti coloro che hanno preso parte ed hanno contribuito con la loro presenza, le loro domande, commenti, discussioni a rendere viva questa occasione di confronto.

L'idea dicevamo, è piaciuta... ed è durata nel tempo! Con grande soddisfazione mia e dell'*Arcangelo*...; ma come tut-

te le cose giunge un momento in cui occorre fermarsi, riflettere e valutare *se* valga la pena e, se del caso, *come* continuare.

A dettare questa pausa di riflessione sono sostanzialmente due motivi: da un lato la scomparsa del mio Direttore, Mauro Buscaglia che tanto si era appassionato all'iniziativa e dall'altro i miei progetti personali che mi vedono cambiare sede nell'autunno.

Ho così chiesto a tutti gli habitués dell'Happy-Hour Pelvico Milanese un commento. Ringrazio tutti quelli che hanno voluto esprimermi il loro parere e riporto di seguito una sintesi dei messaggi più significativi. Nei loro commenti ho voluto particolarmente *sottolineare* gli spunti critici o propositivi, dai quali giustamente occorrerà partire per eventualmente rilanciare. Mi permetto di concludere la carrellata con un mio personale commento e lascio per ultimo, riportandolo integralmente, il messaggio del Michele, non credo Arcangelo, ma sicuramente Meschia.

COMMENTI

Condivido il pensiero che il confronto interdisciplinare sia elemento indispensabile per un reale miglioramento della qualità della medicina e spero nel proseguimento di questi momenti di condivisione ed aggiornamento per la cura della persona e non solo della patologia.

Carla Corsini

(Neuroriabilitatrice I.C. Humanitas, Milano)

Il ricordo di Mauro Buscaglia è sempre vivo e ciascuno di noi sicuramente lo sa e saprà ricordare in molti momenti della vita professionale. L'augurio è quello di continuare i contatti perchè sono stati utili a noi tutti.

Claudio Beati

(Chirurgo Colo-Rettale, H S Carlo Borromeo, Milano)

Gli Happy-Hour erano una piacevole abitudine di incontro fuori dagli schemi tra professionisti che si occupano di un problema. Spero che si possano riprendere.

Mario Meroni

(Direttore S.C. di Ostetricia e Ginecologia A.O. Niguarda, Milano)

.... ho sempre apprezzato i tuoi incontri, di alto valore scientifico, soprattutto quando sconfinavi nel compartimento posteriore. Hanno le caratteristiche moderne che oggi si richiedono: brevità, efficacia, scambio interdisciplinare, discussione in amicizia anche su temi scottanti. Mi chiedevo se non si poteva organizzare anche a livello regionale, a turno nelle singole province, o forse è troppo! Ma in provincia secondo me manca un po' la visione ampia della capitale (Milano).

Gaetano Tessera

(Chirurgo Colo-Rettale, H Gallarate)

.... ti confermo la grande importanza che avevano per me questi appuntamenti, specialmente come palestra d'interazione tra diversi specialisti. In attesa che anche gli ospedali

Ospedale San Carlo Borromeo, Milano - U.O. Ginecologia e Ostetricia
Direttore: dr. MAURO BUSCAGLIA



Servizio di Uroginecologia - Responsabile: Dr. Marco Soligo

Il Servizio di Uroginecologia dell'Ospedale San Carlo Borromeo è lieto di invitarvi

lunedì 5 ottobre 2009, alle ore 19.00

per un

Happy-Hour Uroginecologico Milanese

presso

UNA HOTEL CENTURY - Via Fabio Filzi, 25/B - Milano

Ci troveremo per un aperitivo e proseguiremo confrontandoci su:

- **Casi clinici in tema di:**

- **Iperattività detrusoriale refrattaria al trattamento**

- Presenta i casi: FRANCESCO CAPPELLANO

- Urologo - Ospedale Multimedica - Sesto San Giovanni (Mi)

- **Journal club Uroginecologico**

- Presentazione del lavoro di maggiore interesse pubblicato negli ultimi mesi

- A cura di: MICHELE MESCHIA

- Ginecologo - Ospedale Fornaroli - Magenta (Mi)

- **Programma della serata**

- Ore 19.00 apertura dell'Happy-hour

- Ore 19.45 Presentazione caso clinico n. 1 e discussione *Francesco Cappellano*

- Ore 20.15 Presentazione caso clinico n. 2 e discussione *Francesco Cappellano*

- Ore 20.45 Commento articolo di letteratura e discussione *Michele Meschia*

- Ore 21.15 Chiusura dei lavori e saluti

La serata sarà gentilmente offerta dalla Ditta "Sunmedical srl"

- **Sede dell'incontro**

UNA Hotels & Resorts
UNA Hotel Century
Via Fabio Filzi, 25/b
I - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 02 675041 Fax: +39 02 66980602
E-mail: una.century@unahotels.it

Disponibilità di
parcheggio interno



**Ingresso consigliato da Via Pirelli, alla sbarra digitare 14 e poi "campanello" per l'apertura della sbarra.
Opzioni: spazio se disponibile attorno all'albergo (linee gialle) altrimenti, custodia in garage al costo di 14 Euro
(dalle 18,30 alle 23,30)**

È gradita la conferma della presenza all'indirizzo Soligo.Marco@sancarlo.mi.it

Figura 1. – Invito della prima serata dell'Happy-Hour.

si attrezzino al cambiamento di mentalità, spero proprio in un prossimo HH pelvico milanese 2.0.

Andrea Bondurri
(Chirurgo Colo-Rettale, H Sacco, Milano)

... sono riuscita poche volte ad essere presente alle serate, perché lavoro la sera fino a tardi e sono libera solo due sere la settimana. Quando però ho partecipato ho trovato di estremo interesse i casi e le discussioni. Ricevere gli avvisi e leggere i temi affrontati mi ha tenuto in contatto col mondo "pelvico", e quindi mi spiace di questa interruzione. Sono quindi in attesa che gli incontri riprendano, forse in forma e tempi nuovi. un carissimo, emozionante ricordo a Mauro, grande Maestro fin dai tempi della Mangiagalli.

Clara Chioldini
(Ostetrica e Terapista perineale, Lib. Prof. Magenta e Legnano)

... questi incontri hanno rappresentato davvero una splendida novità per chi si occupa di pavimento pelvico. Personalmente non ho mai visto tanti professionisti qualificati, tutti insieme, disposti al confronto in maniera così "familiare".

Barbara Paraguai
(Fisioterapista Ospedale Multimedita, Sesto San Giovanni)

... ho molto apprezzato l'iniziativa, coraggiosa... sulla carta poteva essere un flop, invece quando ho potuto esserci la sala era piena. Unico rammarico che c'erano solo gli addetti al settore urogineocologico, sarebbe meglio che partecipassero i medici che semplicisticamente risolvono la questione dicendo alle donne "cosa vuol fare della sua incontinenza? Metta un pannolino...".

Domenico Vitobello
(Direttore U.O. Ginecologia I.C. Humanitas, Milano)

... penso che possa essere utile una presentazione iniziale di chi partecipa alla serata. Non solo i big, ma anche i piccoli, per dare la percezione della varietà di figure e provenienze che partecipano, oltre che per introdurre tutti e facilitare la partecipazione alle discussioni.

Luca Calzolari
(Specializzando Clinica Ostetrico Ginecologica Mangiagalli, Milano)

... mi dispiace molto di questa chiusura di sipario che, spero, possa essere soltanto la fine del primo atto ma che si possa riaprire successivamente. L'iniziativa che tu hai ideata e portata avanti è estremamente attuale e meritevole; infatti, ormai in molti ospedali (raramente in Italia) vi sono delle unità pelviche. Al San Raffaele siamo faticosamente riusciti ad organizzare un incontro mensile multidisciplinare (alle 7 del mattino poiché era l'unico orario libero per tutti) in cui stiamo imparando gli uni dagli altri e stiamo esplorando il pavimento pelvico visto dalle varie angolazioni specialistiche.

Sandro Passaretti
(Respons. UF Fisiopatologia Digestiva, Osp. San Raffaele, Milano)

... mi permetto di insistere circa l'importanza delle contaminazioni multidisciplinari. L'esperienza maturata nel corso di questi quattro anni lascia intravedere tra i milanesi una certa... riservatezza: ogni serata tematica è stata frequentata prevalentemente da Specialisti del settore specifico e poco, o in alcuni casi per nulla, da altri specialisti. Voglio ribadire che eventi "leggeri" e del tutto informali come questo sono l'occasione ideale per mettere il naso nel campo del vicino e che è proprio quando la tematica è distante che può risultare interessante partecipare alla serata! In fondo... si tratta soltanto di un aperitivo!!

Marco Soligo
(Uroginecologo, Ospedale San Carlo Borromeo)

Caro Marco,

Tutti noi dobbiamo ringraziarti per aver creduto e realizzato una serie di incontri informali fra i cultori della materia. L'idea dell'Happy Hour periodico è stata brillante e seppur tutti noi siamo sempre in lotta con il tempo, credo che la partecipazione ottenuta, rappresenti il segno inequivocabile della volontà di confrontarsi. La formula mi è sembrata vincente con presentazione di casi clinici e un journal club su articoli della letteratura. Facile a dirsi ma spesso difficile da farsi, sei riuscito a mantenere vivo l'Happy Hour Milanese e nessuno te ne vorrà se per motivi diversi c'è stata una pausa di riflessione. Ti conosco troppo bene per non sapere che tornerai alla carica e che presto l'Happy Hour Pelvico Milanese sarà di nuovo nelle nostre agende.

Grazie, Michele.

Michele Meschia
(Direttore UO Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Magenta)



STRUTTURA CERTIFICATA SECONDO LA NORMATIVA UNI EN ISO 9001:2008
Forniture per Endoscopia e Chirurgia - Consulenza e Assistenza Tecnica - Riparazioni
Via Nicolò Copernico, 7 - 35124 PADOVA - Tel. 049/8800550 - Fax 049/6800999 - E-mail segreteria@uromat.it



EDUCATIONAL COURSE FOR UROGYNECOLOGISTS AND COLORECTAL SURGEONS ON THE POSTERIOR COMPARTMENT OF THE PELVIC FLOOR

PADOVA November 22-23, 2013
Università degli Studi di Padova

Course Director: Giuseppe Dodi

Honorary Presidents: Raffaele De Caro, Rodolfo Milani, Massimo Porena

Scientific Committee: Alvise Frasson, Erica Stocco

Friday, November 22

Cadaver Pre-Course: Pelvic Floor Anatomy

- 14.00 Registration
14.30-15.30 Introduction to the pelvic floor anatomy and the Integral Theory System (ITS)
15.30-18.30 Practical session for surgical techniques

Saturday, November 23

- 08.00 Registration
08.15 Course Presentation
Lectures:
08.30-09.00 Pelvic Floor Anatomy
09.00-10.00 Pelvic Floor Physiology, the Integral Theory System
10.00-10.30 Diagnosis: Ultrasound, ABS, Solid Sphere Test, Trifunction
10.30-10.45 Coffee Break

- 10.45-13.00 **Workshop: Surgery for genital POP**
- laparoscopic / robotic assisted approaches
- fascial transvaginal procedures
- prosthetic transvaginal procedures
- Tissue Fixation System (TFS)

- 13.00-14.00 **Lunch**
Video presentations on surgical techniques and on-line anatomy

- 14.00-15.30 **Round Table: Comparison of Surgical Procedures in POP**
Results, complications, legal aspects

- 15.30-16.30 **Interactive lectures: Surgery of Rectal Prolapses and total POP**

- 16.30-16.45 *Coffee Break*

- 16.45-17.15 **Rectovaginal Fistula Surgery**

- 17.15-17.45 **Sacral Neuro Stimulation for pain and functional disorders after pelvic floor surgery**

- 17.45-18.30 **Final interactive overview of the Integral Theory System and practical applications**

Professor Peter Petros (Sydney, Australia) will give important contributions to the meeting. The Integral System is a total care system which states that POP, bladder & anorectal dysfunctions mainly arise from lax suspensory ligaments. Through the Integral Theory System (ITS) the dynamic anatomy translates to practical clinical management (dysfunction, diagnosis, surgical and non-surgical management of conditions such as urgency, nocturia, pelvic pain, abnormal emptying, constipation and idiopathic fecal incontinence).

The meeting will contribute substantially to the understanding of the following: anatomical mechanisms of causation for pelvic floor damage related to pregnancy, evidence-based management of female urinary incontinence, anatomical basis for obstetric fecal incontinence, female sexual dysfunctions and chronic pelvic pain syndromes.

Registration fee:

- € 200,00 + Vat (Sipuf Member) • € 400,00 + Vat (Non-Member)

The registration fee includes access to the Course, coffee breaks, lunch and gala dinner (November, 22nd).

Overnight stay in 4* hotel € 130,00 + Vat.

For registration to Sipuf Society please contact elenadondi@emiliaviaggi.it

(Fee registration: Members € 50,00 / Residents members € 25,00)

Only for 15 participants there is the possibility to enter the Anatomy Room with a surcharge of € 100,00 + Vat per person.

Organizing Secretariat

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l. | Via Porrettana, 76 | 40033 Casalecchio di Reno (BO) | tel. +39 051 6194911 | fax +39 051 6194900 | e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it | web: www.emiliaviaggi.it

