

Essere bambini oggi:

**Opportunità, difficoltà,
sfide e desideri**

Alessandra Graziottin

*Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H.San Raffaele Resnati, Milano

www.alessandragraziottin.it

Essere bambini oggi

Opportunità:

- essere compiutamente se stessi, esprimendo tutte le potenzialità

Difficoltà:

- convivere con le lacerazioni che devastano le famiglie e
- la perdita del senso etico della vita

Essere bambini oggi

Sfide: mediazione tra:

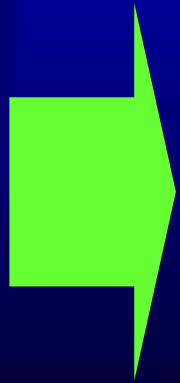
- il tempo senza tempo dell'infanzia e i tempi concitati e nevrotici degli adulti
- il bisogno di attaccamento affettivo e la spinta all'autonomia

Desideri:

- essere amati, amare ed essere felici


Obiettivi della presentazione

Analizzare i bisogni e i desideri dei bambini dal punto di vista fisico e psicoemotivo, con attenzione ai correlati neurobiologici e comportamentali:




Con la prospettiva
di una ginecologa
che osserva gli esiti a lungo termine
dei problemi dei bambini

Bisogni psicosessuali fondamentali

- 
- Attaccamento affettivo
 - Autonomia
 - Identità sessuale
 - Autostima e autorealizzazione

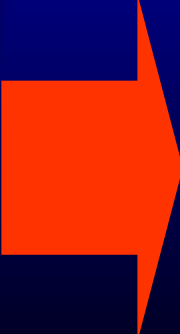
Baldaro Verde & Graziottin, 1992



Soddisfare questi bisogni è indispensabile
per una crescita armoniosa e serena
e il pieno sviluppo delle potenzialità del bambino

Bisogno di attaccamento affettivo

- Bisogno biologico essenziale alla sopravvivenza fisica ed emotiva
 - Crea la "**base sicura**" affettiva sulla quale il bambino costruisce il proprio futuro
 - Richiede **contatto fisico** affettuoso tra madre e bambino
- Bowlby, 1990



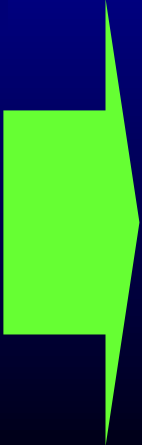
La frustrazione del bisogno di attaccamento
riduce gli indici di vitalità,
aumenta il rischio di depressione
e di somatizzazioni

Attaccamento affettivo: vulnerabilità 1.



Prematurità e patologie perinatali con ospedalizzazione in unità di cura intensiva.

I prematuri hanno nell'adolescenza un **rischio di depressione di 11 volte superiore** ai bambini nati a termine e un maggior rischio di **suicidi**



La presenza della madre con il piccolo tenuto sulla pelle ("mamma canguro") aumenta significativamente la maturazione polmonare, gli indici vitali e gli indicatori di benessere psichico



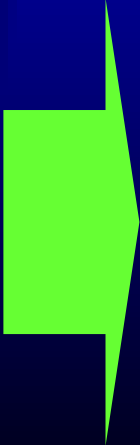
**Negare la verità biologica del dolore
consegna il bambino ad una disperante solitudine**

Attaccamento affettivo: vulnerabilità 2.



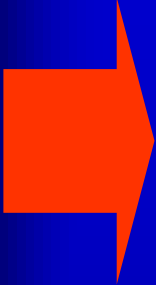
Ospedalizzazione in unità di cura intensiva e manovre invasive **dolorose**.

Il piccolo ha memoria del dolore come esperienza somatica negativa NON consolata e NON confortata = sindrome post traumatica da stress= PTSD



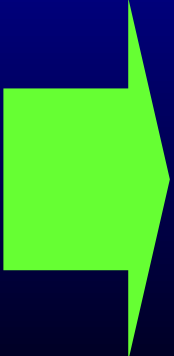
La presenza della madre con il piccolo tenuto sulla pelle durante prelievi invasivi riduce significativamente il dolore!

Attaccamento affettivo Vulnerabilità 3.

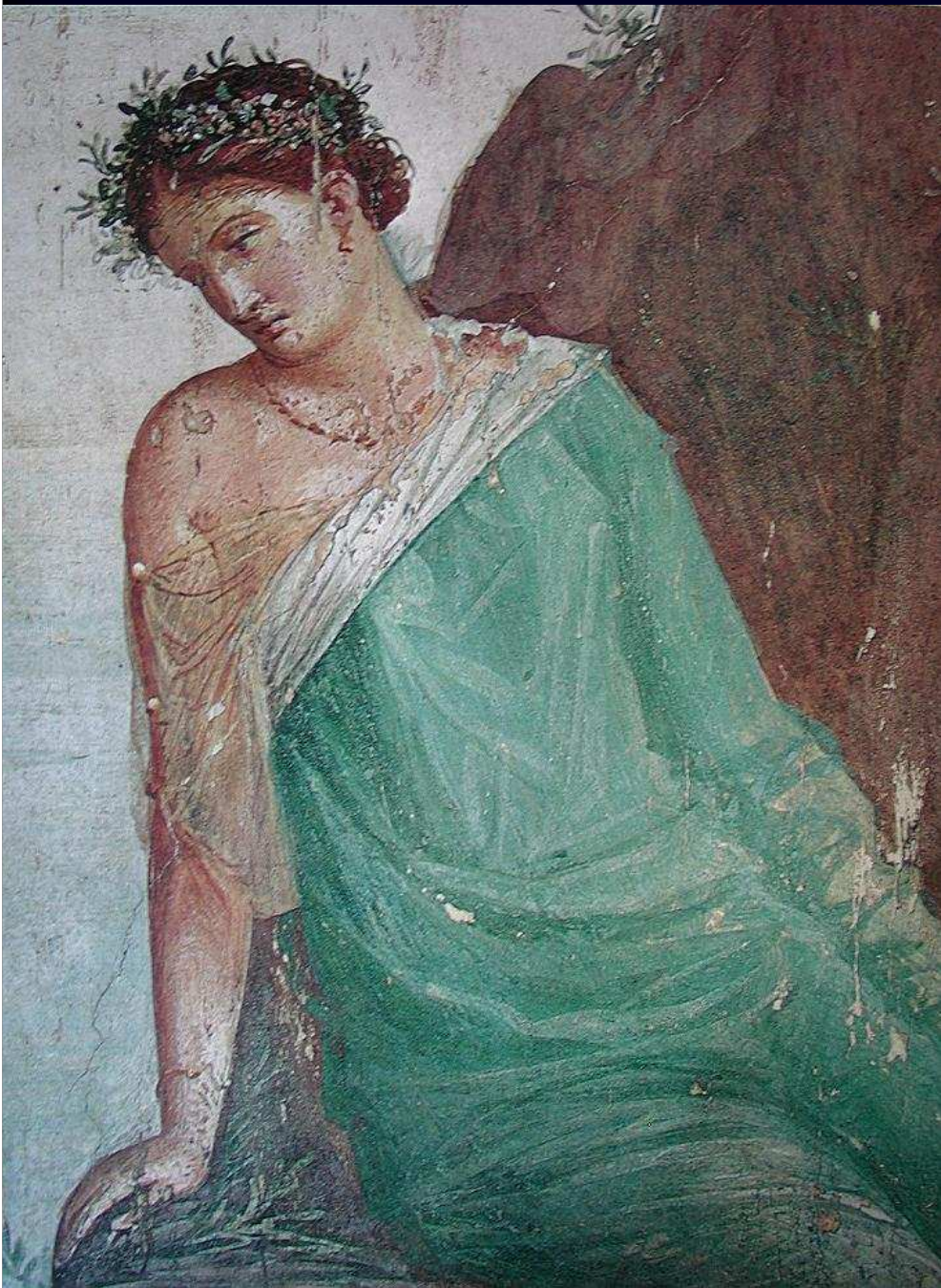


Privazione del contatto e dell'interazione affettuosa costante con la madre o sostituto stabile causa **depressione e ritardo maturativo**

La depressione materna non è solo un problema della madre ma può lasciare ferite indelebili nel bambino



Diagnosi precoce e cura adeguata della depressione materna, aiuti familiari nella cura del piccolo possono minimizzare i danni a lungo termine



**Ruolo della
depressione
materna
nel rapporto con
il bambino**

www.fondazionegraziottin.org

Prevalenza dei Disturbi dell'Umore in Puerperio

Prevalenza:

- 70-85 % “maternity blues”
- 10-22 % depressione puerperale (36-48%% adolesc)
- 0,1-0,2 % psicosi pueperale

- I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni puerperali (16% vs 22%); non commentano i disturbi dell'umore nel 28%; non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario

Morris-Rush et A. Am.J.Obstet.Gynecol, 188,217-9, 2003

- Più del 50% delle DP non viene diagnosticato dai ginecologi

Tatano-Beck, Advances in Neonatal Care, 3 (1): 37-46, 2003, Graziottin, 2008,

www.fondazionegraziottin.org

Fattori di rischio per la depressione in puerperio

Fattori predittivi di DP in puerperio:

- depressione personale ($p < 0.0006$)
- prec. trattamento per depressione ($p < 0.0001$)
- depressione in gravidanza ($p < 0.0001$)
- madri di bimbi pretermine o con parti multipli (34%
madri di due gemelli vivi, 53% madri di gemelli di cui uno solo vivo)

Morris-Rush et A. Am.J.Obstet.Gynecol, 188,217-9, 2003



**Essere madri adolescenti, povere, single,
in coppie conflittuali, con scarso supporto familiare**

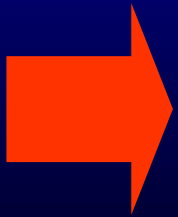
Tatano-Beck, 2003; Graziottin, 2005, Barnet et Al, 2008



La collusione del silenzio

La neo mamma **NON** chiede aiuto:

- per l'effetto emotivamente paralizzante della stessa depressione
- perché è o si sente sola e disperata
- perché non sa a chi chiedere aiuto
- per la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale



Il medico non diagnostica per mancanza di formazione ed i tempo

Barnett et al, 2008; Hanusa et al, 2008; McQueen et al, 2008

Diagnosi di disturbi dell'umore in puerperio

- riesce a dormire quando il bambino dorme?
- mangia con appetito o senza voglia o si abbuffa?
- si sente sola?
- ha voglia di uscire e preferisce stare in casa?
- le sembra che il bimbo sia un carico eccessivo per lei?
- ha paura di far del male al bambino?
- il bambino ha cambiato la sua vita in modo imprevisto e/o che la preoccupa?



Il pediatra può essere il primo a fare la diagnosi di depressione post-partum!

www.fondazionegraziottin.org

An iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is visible above the water surface, while the much larger, submerged part is visible below. The sky is blue with light clouds, and the water is a deep blue. The text is overlaid on the image.

Depressione clinica nella madre

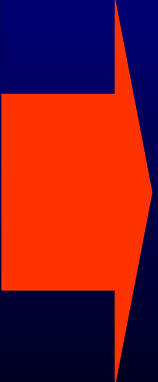
**Complessità dei fattori
predisponenti, precipitanti
e di mantenimento**

Conseguenze sul bambino

Conseguenze psichiche sul bambino 1.

- atteggiamento meno affettuoso col piccolo
- minore recettività/responsività ai segnali che il piccolo manda = frustrazione del bisogno di attaccamento
- disinvestimento emotivo, ostilità o intrusività
significativo aumento di abuso fisico ($p < 0.001$)

Tatano Beck, 2003, Barnett et al, 2008; Reid et Al, 2008



**I figli di madri depresse tendono ad essere
scontenti, irritabili, evitanti, rumorosi,
hanno mimica meno sorridente**

e vocalizzano meno dei controlli figli di madri serene

Conseguenze psicofisiche sul bambino 2.

- **Aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico**
- **Riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni**

CS. Minkovitz et Al. Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life. Pediatrics 115: 306-314; 2005



**ATTENZIONE AI
SEGNI E SINTOMI DI TRASCURATEZZA!**

Conseguenze a lungo termine sul bambino 3.

COGNITIVE

- QI a 11 anni significativamente più bassi dei controlli
- problemi di attenzione e di concentrazione

EMOTIVE

- disturbi comportamentali
- minore “competenza sociale”
- minore QE (quoziente intelligenza emotiva)



Riduzione di QI e QE
amputano il futuro psicosociale
e il diritto alla felicità del bambino

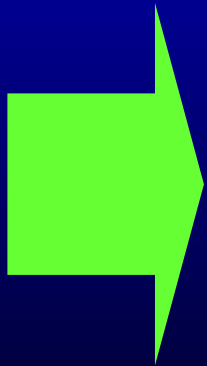


Maruku 2005

Conseguenze neurobiologiche sul bambino

teoria dei “neuroni specchio”

- a livello della corteccia motoria è stata dimostrata un’attivazione dei neuroni che coordinano i movimenti che il piccolo sta osservando, mentre guarda la madre che gli parla o gli sorride: “neuronal mirroring”



questa attivazione neuronale
precede il movimento del piccolo,
come “gestazione empatica comportamentale”

Ruolo del **pediatra** nella diagnosi della depressione materna

- Atteggiamento della madre nei confronti del piccolo
- Regolarità dei controlli e delle vaccinazioni
- Ricorso al Pronto Soccorso per incidenti domestici
- Percosse o negletto
- Ritardo di crescita somatica e/o psichica

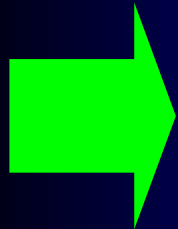


L'omissione diagnostica della depressione materna ha gravissime conseguenze sul bambino

Attiviamo le antenne del cuore
quando osserviamo
mamma e bambino!

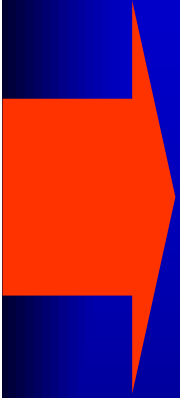


il bambino non può essere felice
se la madre è depressa

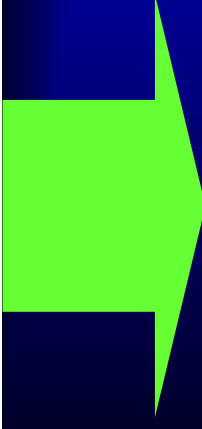


la diagnosi e il trattamento
della depressione materna
minimizzano i danni sul bambino

Allattamento materno e attaccamento affettivo



Separazioni precoci per ospedalizzazione
o per asilo nido possono ledere
il processo di attaccamento
causando depressione e somatizzazioni



Incoraggiare l'allattamento materno
e il mantenimento del pasto al seno serale
anche fino all'anno di età
contribuiscono alla base sicura emotiva
del piccolo, premessa per l'autonomia

Bisogni psicoseessuali fondamentali

- Attaccamento affettivo



- **Autonomia**

- Identità sessuale

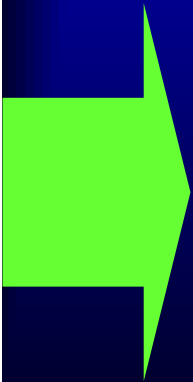
- Autostima e autorealizzazione

Baldaro Verde & Graziottin, 1992

Attaccamento e autonomia

In caso di assenze prolungate diurne per ripresa precoce del lavoro,

Tenere il bambino sul corpo di sera ("mamma canguro") e nel lettone di notte



L'odore della mamma, il "profumo di mamma", il calore del corpo della mamma sono i più potenti ansiolitici e riducono l'attivazione dello stress e del cortisolo da separazioni troppo precoci o prolungate

Dall'attaccamento affettivo all'autonomia

La capacità di autonomia

matura in modo tanto più soddisfacente
quanto più è stato gratificato

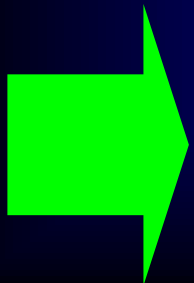
il bisogno di attaccamento affettivo

ed è stata creata

la base sicura d'amore

su cui il bambino può costruire

tutto il suo futuro



**Il pediatra è essenziale nel passaggio
tra attaccamento e autonomia**



Il dolore nella vita emotiva del bambino

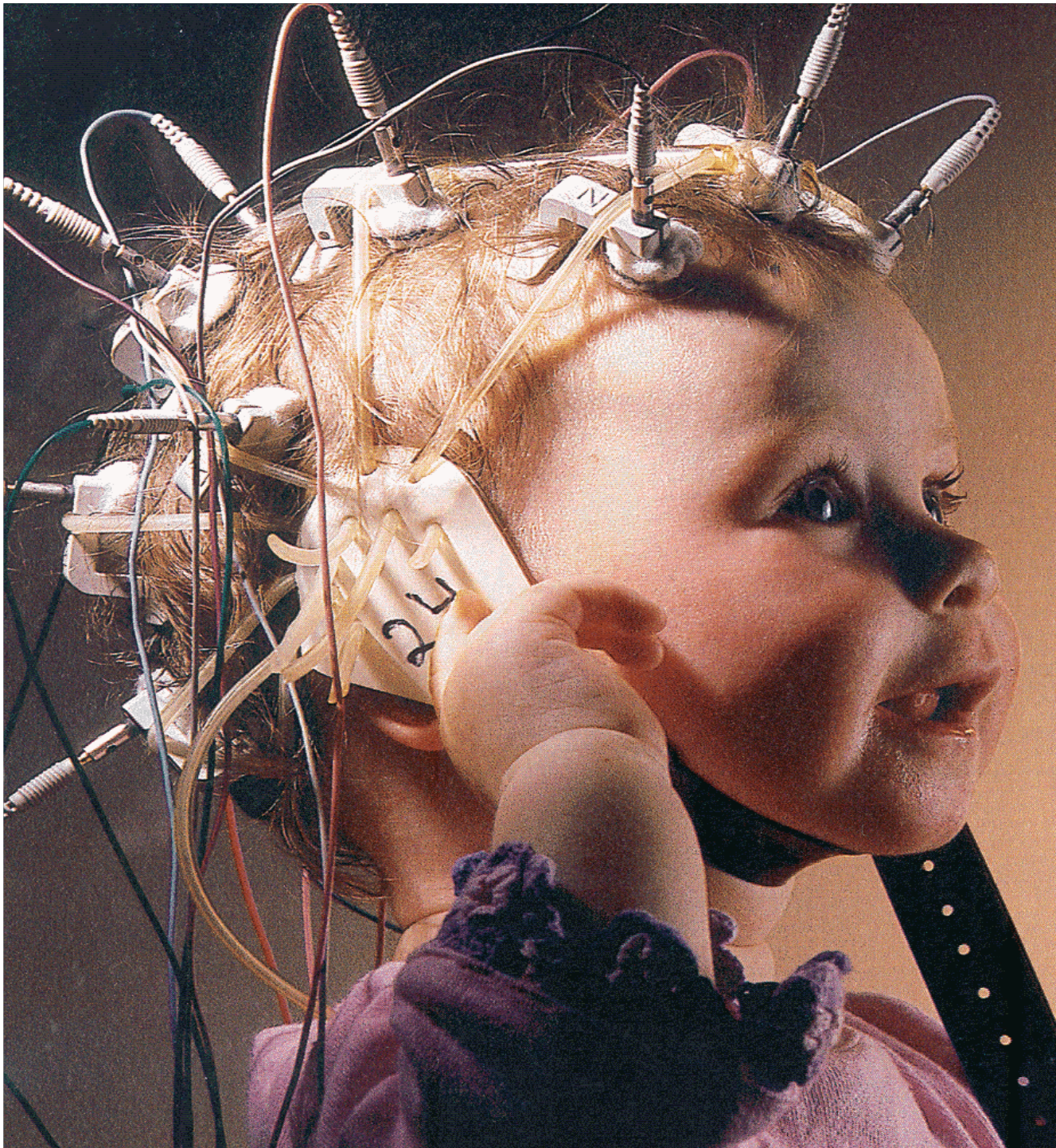
www.fondazionegraziottin.org

PAINI



**Attenzione
al dolore emotivo
e al dolore fisico**

**Che cosa significa che il
bambino "non ricorda"?**



Esiti del dolore

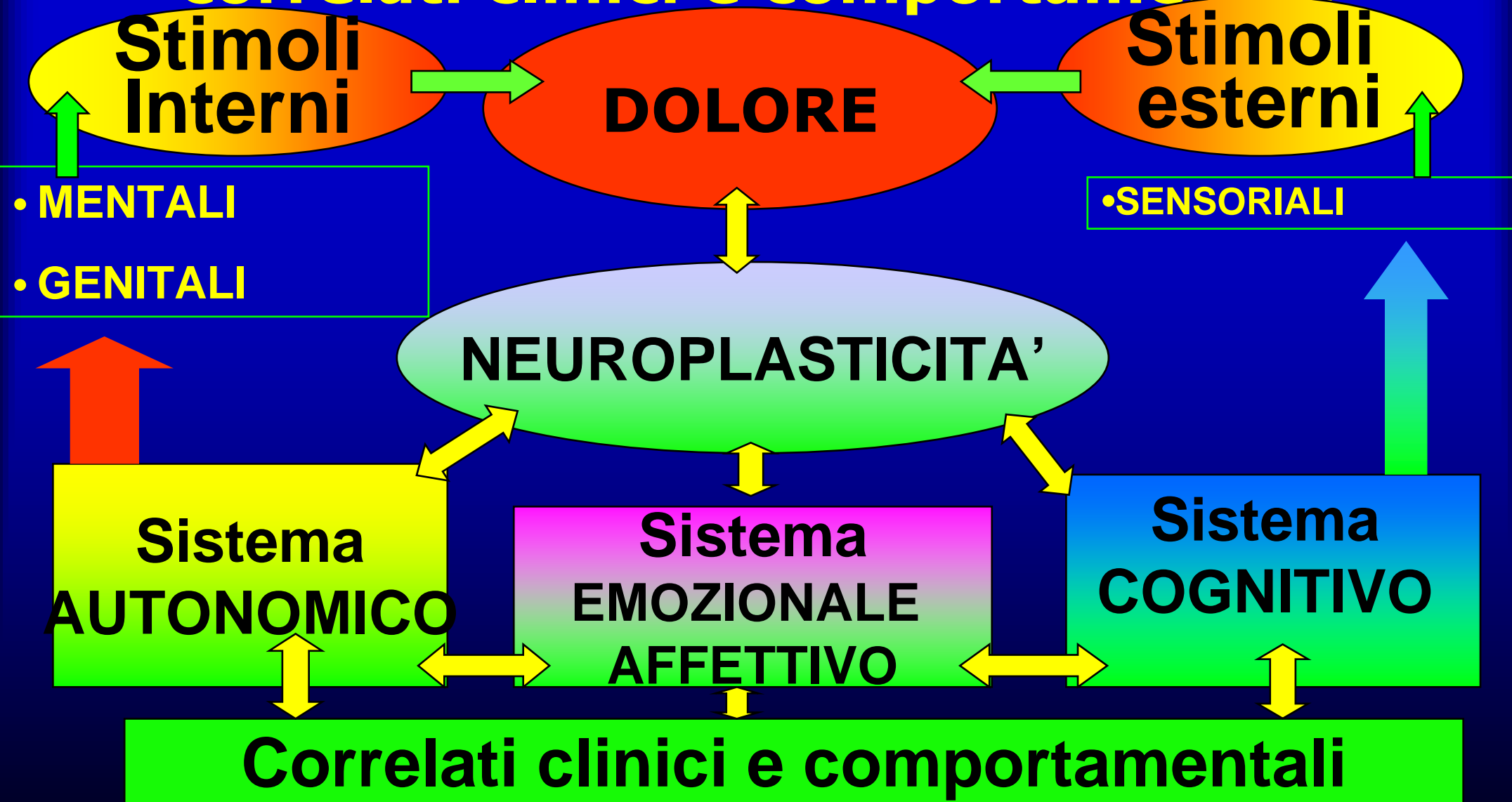
Emotivi
Psicologici
Psichiatrici
Neurologici

Il dolore nel bambino

- Dolore fisico: analgesia!
- Dolore emotivo:
 - * trascuratezza
 - * frustrazione del bisogno di amore
- Abuso:
 - * verbale
 - * fisico
 - * sessuale

DOLORE

correlati clinici e comportamentali



Conseguenze del dolore e dell'abuso cronico a lungo termine 1.

Psicosomatiche

Cefalea

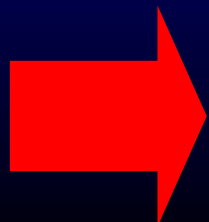
Nausea e vomito

Dolore addominale

Dolori alla schiena

Aritmie cardiache

Lesioni cutanee



Disregolazione neurovegetativa

Conseguenze del dolore e dell'abuso a lungo termine 2.

Psicologiche e neurobiologiche

Depressione

Sindrome post-traumatica da stress

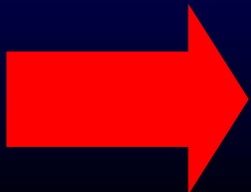
Ansia generalizzata

Paura pervasiva

Collera

Dissociazione

Difficoltà nel dare fiducia



**Disregolazione del sistema affettivo, serotoninergico,
e del sistema d'allarme, adrenergico**

Sintomi Somatici di Depressione

- **Dolore “inspiegato”**
 - Cefalea, dolore pelvico cronico, dolore toracico, fibromialgia, dolore lombare, dolore articolare
- **Insonnia**
- **Astenia, perdita di energia**
- **Sintomi Gastrointestinali**
- **Perdita di desiderio**
- **Modificazioni del peso corporeo (anoressia o bulimia)**
- **Vertigini e palpitazioni**

www.alessandragraziottin.it

Rakel RE. Depression. *Prim Care* 1999;26(2):211-224, Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004;6(Suppl 1):12-16, Burt VK. Plotting the course to remission: the search for better outcomes in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 12:20-25. © J. A. 06

Emotional disorders related to neurological disorders

The Amygdala, the Hippocampus, and Emotional Modulation of Memory

GAL RICHTER-LEVIN

*Department of Psychology and The Brain & Behavior Research Center
University of Haifa, Haifa, Israel*

There are two views regarding the role of the amygdala in emotional memory formation. According to one view, the amygdala modulates memory-related processes in other brain regions, such as the hippocampus. According to the other, the amygdala is a site for some aspects of emotional memory. Here the authors adduce behavioral, electrophysiological, and biochemical evidence in support of an integrative view, assuming both roles for the amygdala. This integrative view, however, suggests a level of complexity not referred to before. The assumption that emotional conditions induce long-term neural plasticity in the amygdala suggests that the interrelations between the amygdala and brain regions, such as the hippocampus, may not be static but dynamic. The way the amygdala will affect memory-related processes in the hippocampus may thus largely depend on the previous history of the individual. NEUROSCIENTIST 10(1):31–39, 2004. DOI: 10.1177/1073858403259955

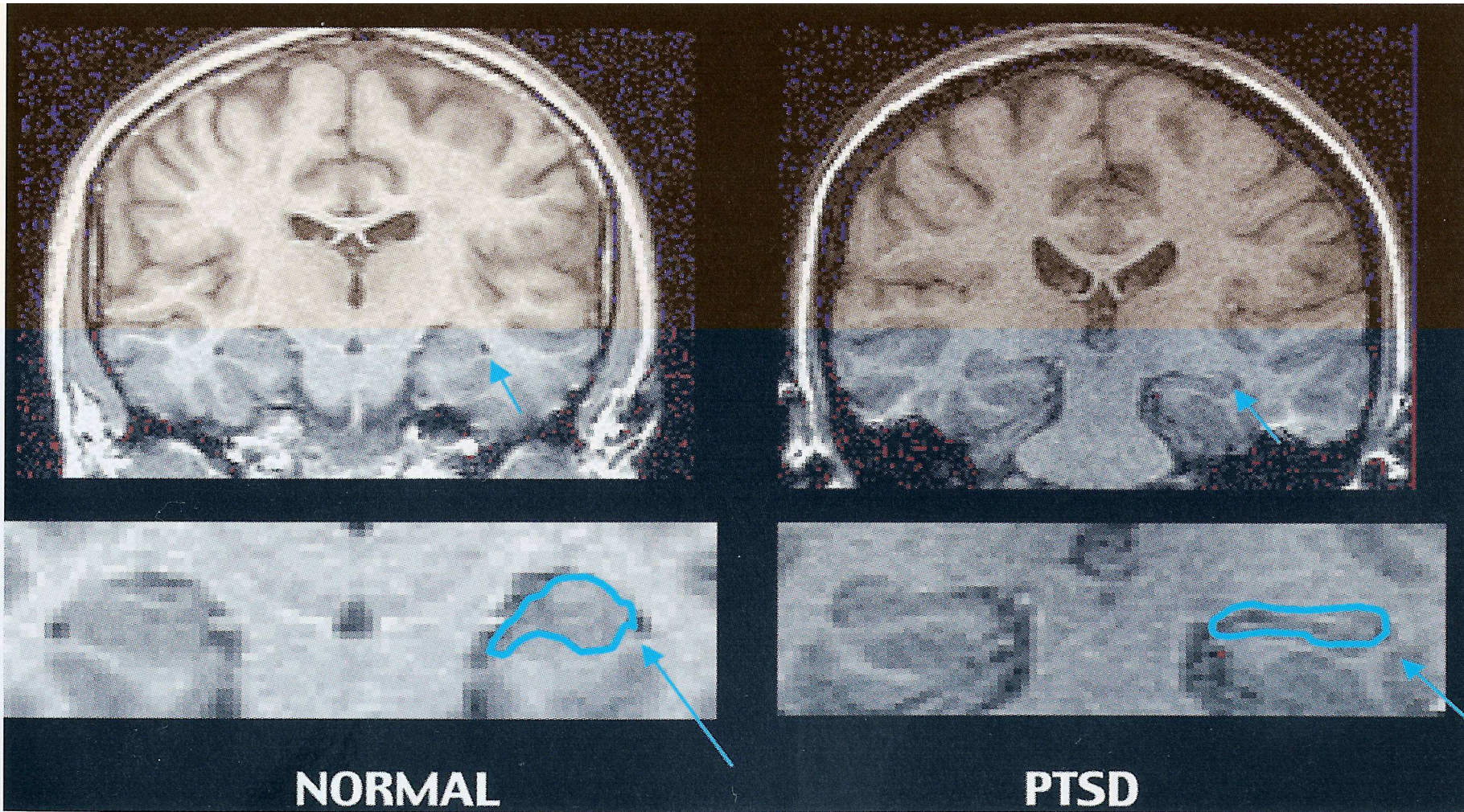
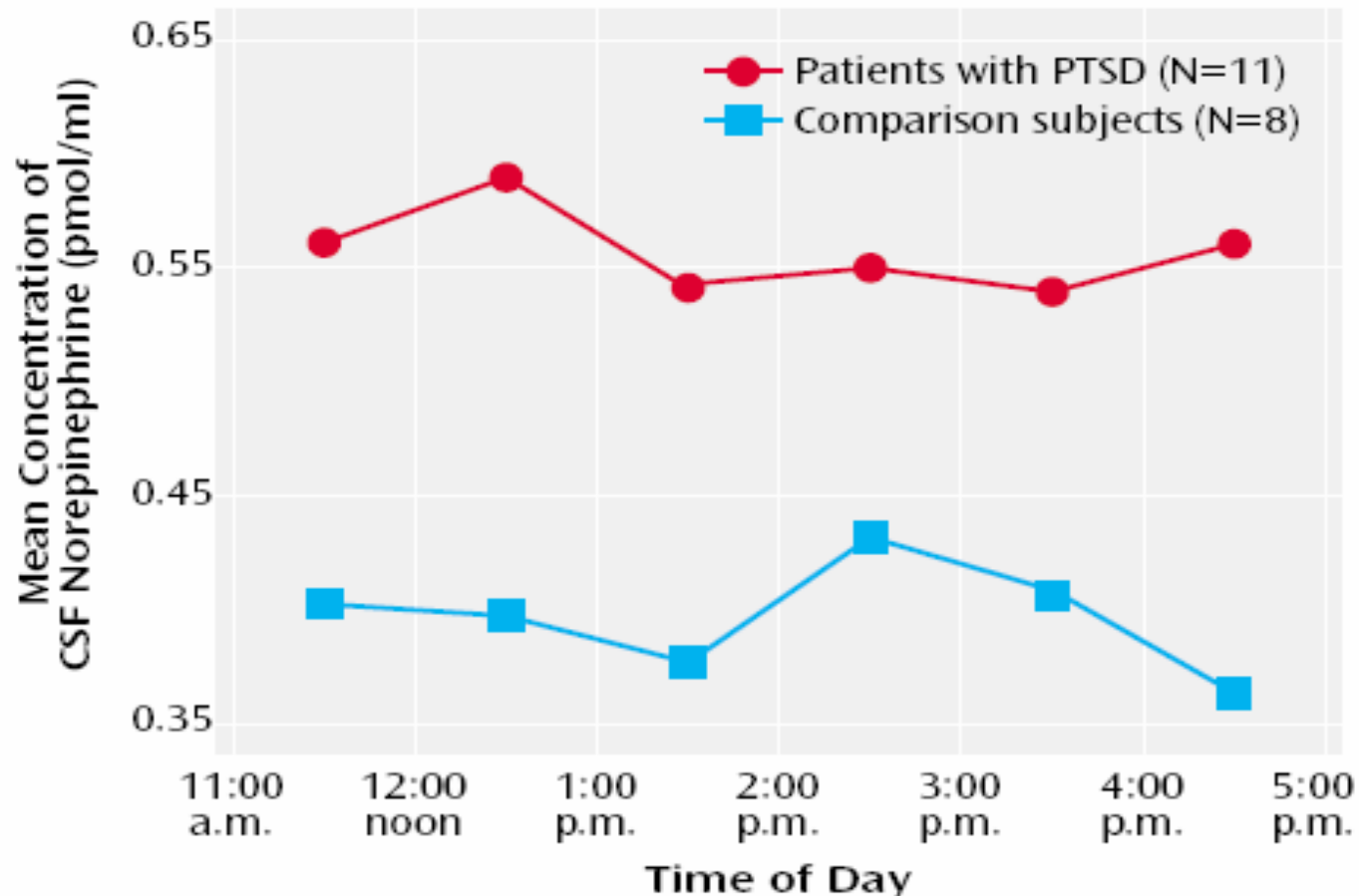


Fig. 6.3. MRI of hippocampal volume in a representative patient with PTSD and a healthy control. There is a visible reduction in hippocampal volume in the patient with PTSD (arrow).

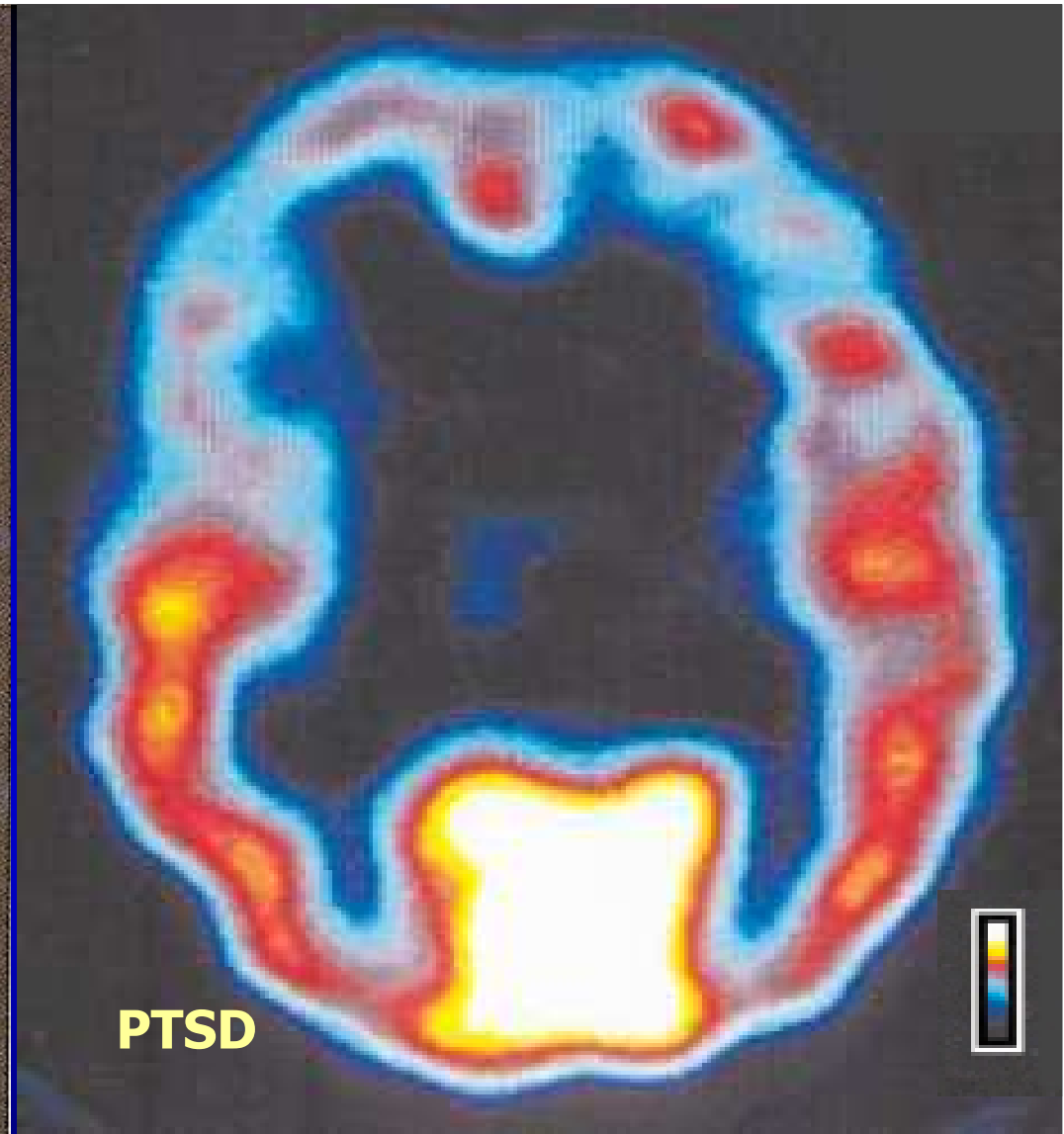
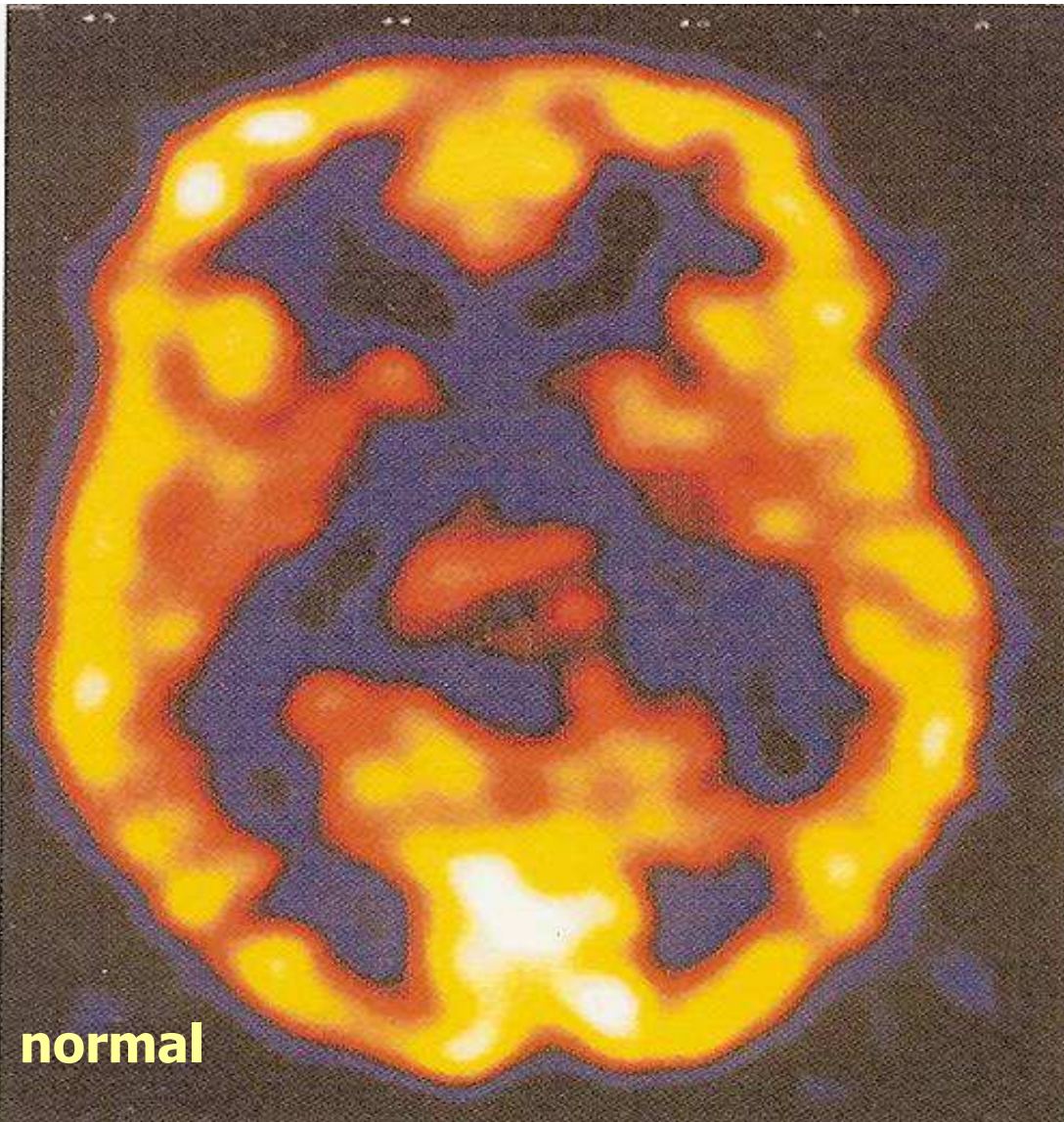
Conclusions: These findings reveal the presence of greater CNS noradrenergic activity under baseline conditions in patients with chronic PTSD than in healthy subjects and directly link this pathophysiologic observation with the severity of the clinical posttraumatic stress syndrome.

Geraciotti et al. (Am J Psychiatry 2001; 158:1227–1230)

FIGURE 1. Serial CSF Norepinephrine Concentrations in Patients With Chronic PTSD and Normal Comparison Subjects



CSF Norepinephrine Concentrations in PTSD



Benzodiazepin receptor binding in the human brain

Bremner et al. citato

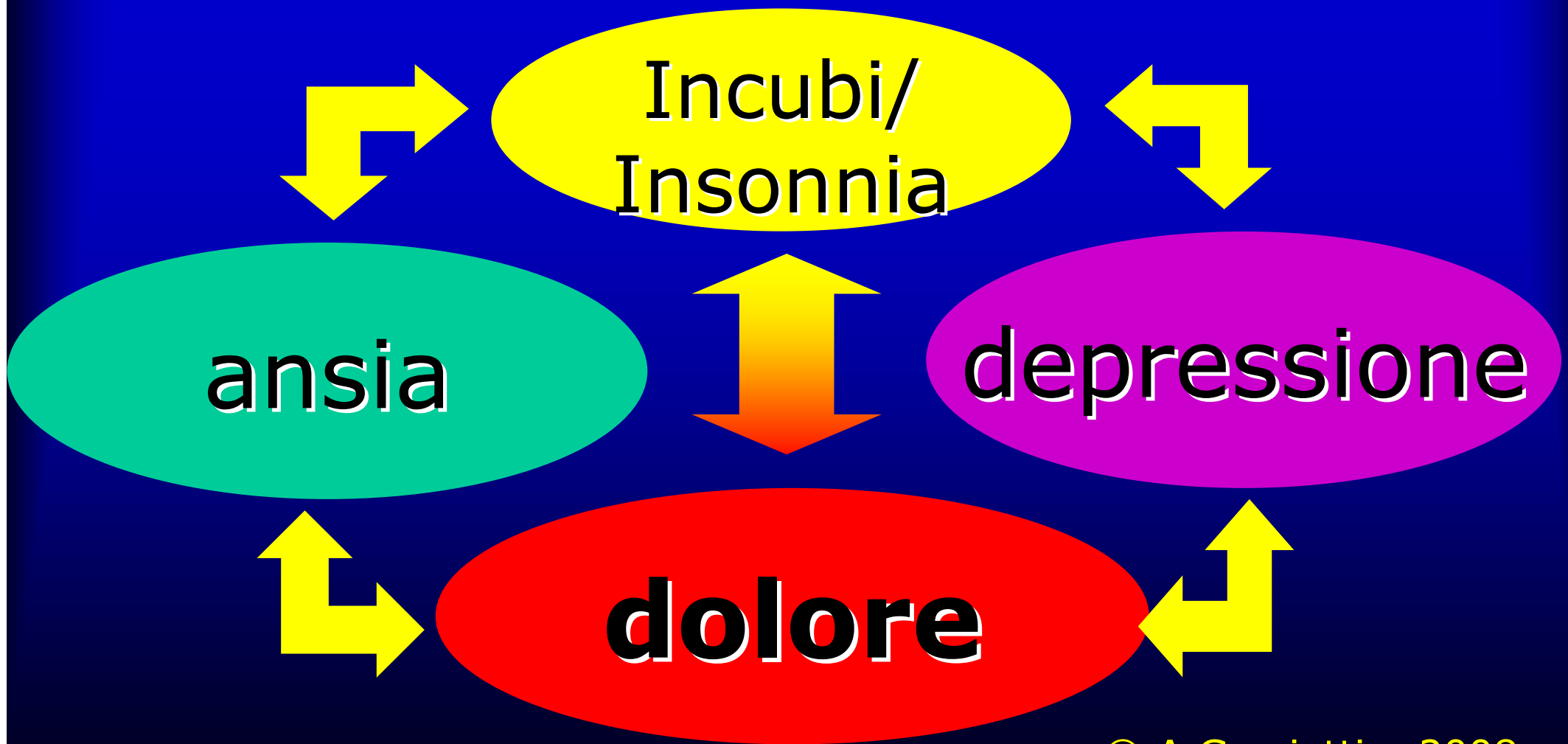
Significato adattativo dell'amnesia

- **Da un punto di vista evolutivo, vi è "una logica all'amnesia dell'abuso infantile" come risposta adattativa.**
- **L' amnesia può permettere a un bambino dipendente di rimanere attaccato al suo caregiver che ha abusato di lui, in senso fisico o emotivo.**

Che cosa succede negli incubi?

- Il bambino rielabora a livello onirico situazioni o stimoli angoscianti
- Nell'incubo rivive tutta l'attivazione neurovegetativa e affettiva della situazione angosciante
- La ripetizione dell'incubo contribuisce a radicare i correlati neurobiologici della sindrome post-traumatica da stress (PTSD)

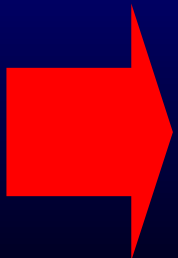
Dolore e insonnia ansia e depressione



Neuroplasticità e psicoplasticità

Gli eventi traumatici ad alta intensità emotiva:

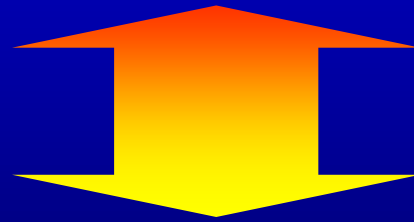
- sregolano il sistema neurovegetativo
- modificano le connessioni neuronali e alterano i circuiti e i centri della memoria
- possono modificare lo schema corporeo e l'immagine corporea



Il rivivere negli incubi e nel ricordo il trauma subito perpetua sia i nuovi circuiti neurobiologici segnati dal trauma, sia i sintomi neurovegetativi, affettivi e cognitivi ad esso conseguenti

DOLORE E DEPRESSIONE

**Il dolore fisico ed emotivo
è un fattore scatenante chiave
della depressione**



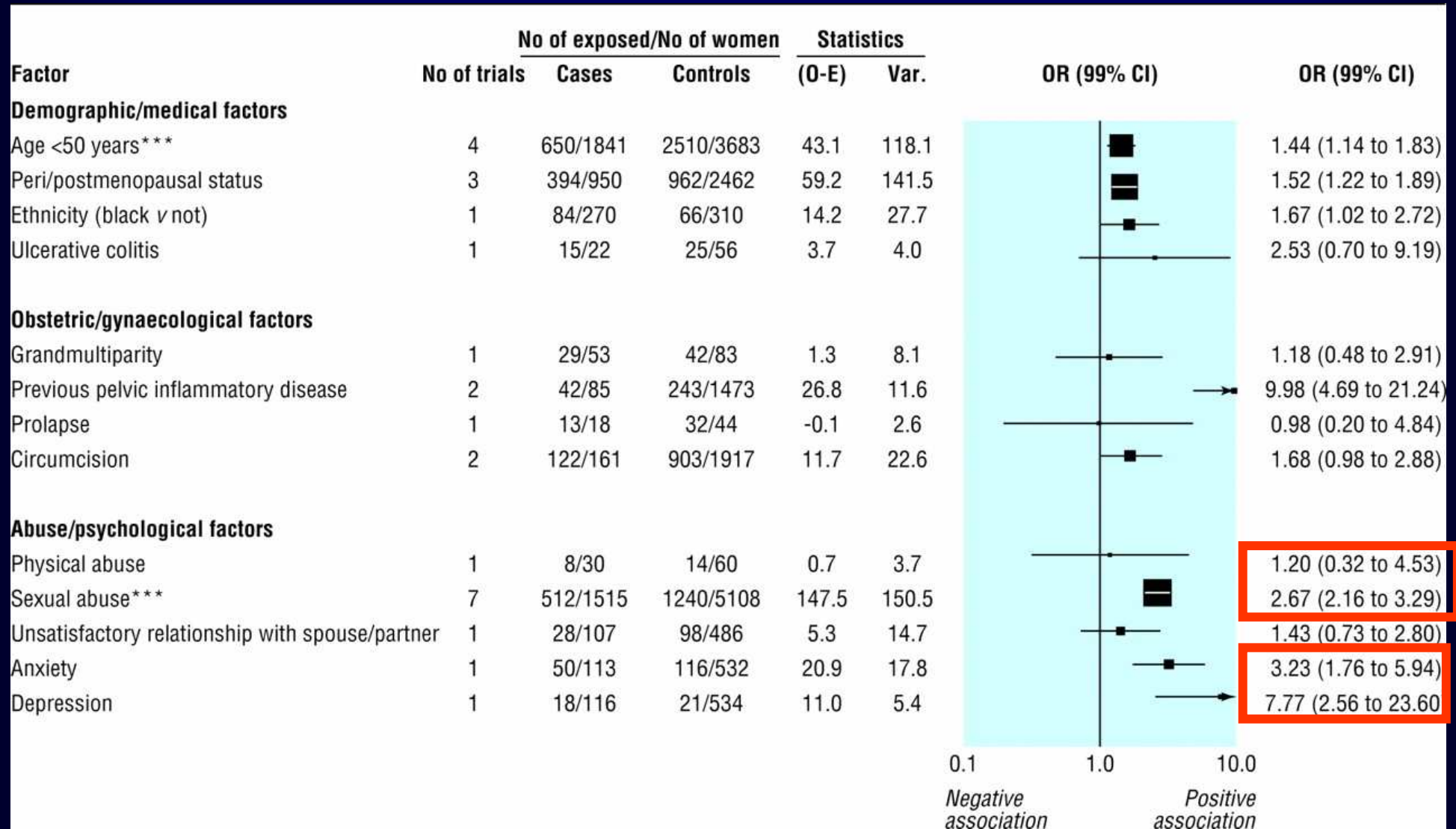
**La depressione acuisce
la percezione del dolore**

FSD: DISPAREUNIA

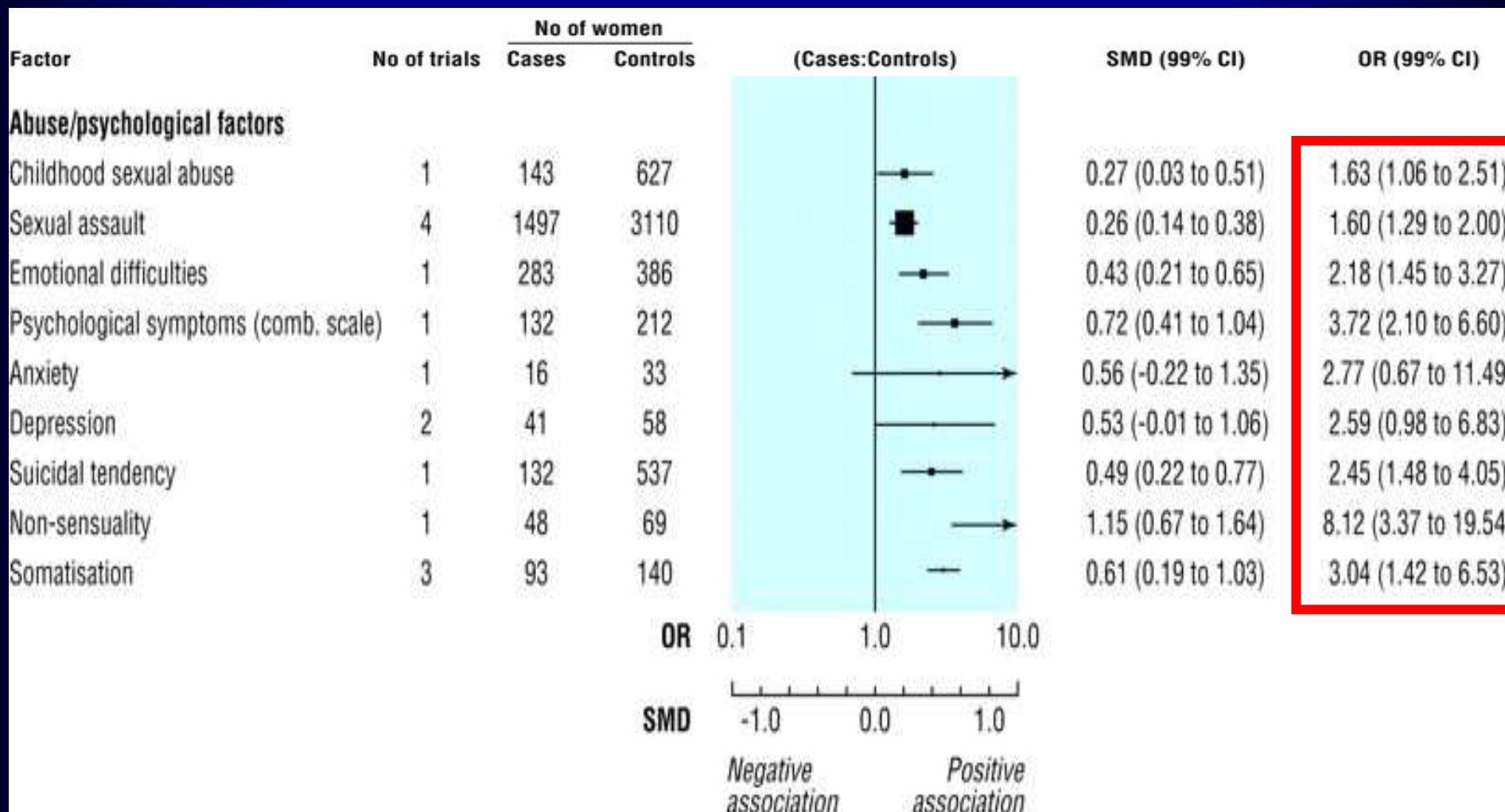


Dispareunia: fattori di rischio

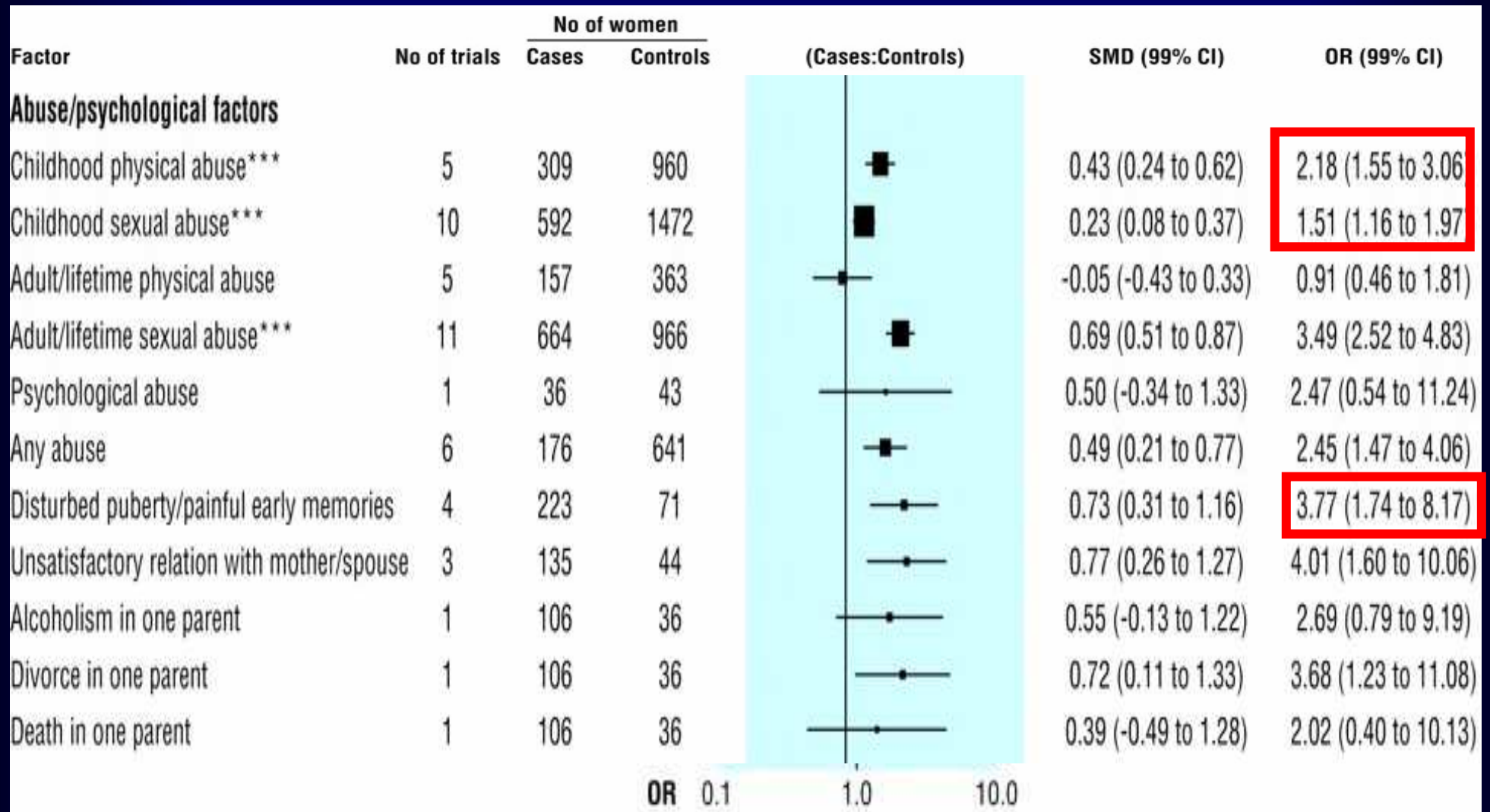
Una meta-analisi



Dismenorrea: Fattori di rischio correlati all'abuso



Fattori di rischio per il dolore pelvico cronico - una meta analisi -



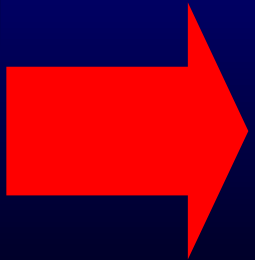
Ansia e depressione

TIPO DI DOLORE	ANSIA	DEPRESSIONE
Dismenorrea	OR = 2.77	OR = 2.59 Assenza di desiderio: OR = 8.12
Dispareunia	OR = 3.23	OR = 7.77
CPP	OR = 2.28	OR = 2.69 PTSD = OR 5.47 Psicosomatico = 8.01

Abuso "iatrogeno"

Possono essere percepiti come violenza e abuso:

- esami diagnostici invasivi – tamponi vaginali, uretrali, rettali, cateterismi vescicali, cistoscopie –
- suture per "piccoli" traumi genitali effettuate senza anestesia
- separazione manuale della conglutinazione delle piccole labbra e/o del frenulo del clitoride, o del glande



Il 5,5 % delle donne con vestibolite vulvare e dispareunia riporta come unico evento traumatico dell'infanzia uno o più esami genitali vissuti come abuso violento

“ My life is longing ”

“La mia vita è nostalgia”



Bisogni psicoseessuali fondamentali

- Attaccamento affettivo
- Autonomia
- Identità sessuale
- Autostima e autorealizzazione

Baldaro Verde & Graziottin, L'enigma dell'identità,
Gruppo Abele Ed. Torino, 1992

Bisogni psicoseessuali fondamentali

L'identità sessuale del bambino matura grazie:

- **all'identificazione** con il genitore dello stesso sesso
- **alla complementazione** con il genitore del sesso opposto
- o loro sostituti stabili

Il bisogno di Identità sessuale
è oggi ferito e minacciato

**Che cosa significa che il
bambino "non ricorda"?**

**Anche la funzione sessuale
maschile e femminile
viene lesa da
comportamenti di negletto
e di abuso**

CORRELATI DI MSD & FSD

Parametro	Maschio	Femmina
Comorbilità medica	Più deficit erettivi Maggiori disturbi di desiderio	Disturbi del tratto urinario inferiore x 7 dispareunia x 4 disturbi dell'eccitazione
Sexual abuse	x 3 Defici erettivo X 2 Disturbi del desiderio ed ejaculazione prec.	x 2 dei disturbi dell'eccitazione
Problemi Emotivi	x 2 Ejaculazione precoce x 3 Disturbi del desiderio e di ED	x 4.6 dei disturbi dell'eccitazione
Alcohol	x 2 DD	x 0,5 FSD

Laumann, Paik & Rosen, 1999; Graziottin & Kootchaki, 2004

Bisogni psicoseessuali fondamentali

- Attaccamento affettivo
- Autonomia
- Identità sessuale
- Autostima e autorealizzazione

Baldaro Verde & Graziottin, 1992

Autostima e autorealizzazione

Conferma delle proprie capacità e del proprio valore attraverso **il gioco e lo sport** che richiedono:

- Intelligenza motoria
- Intelligenza emotiva nel gruppo
- Capacità strategiche (intuitivo/cognitive)




“L’Io è innanzitutto un Io corporeo”

Sigmund Freud

Autostima e autorealizzazione

- I bambini italiani sono i più grassi d'Europa
- Hanno minori abilità motorie rispetto al passato
- Hanno più disturbi del comportamento
- I bambini italiani sono i più maleducati d'Europa
- Hanno più difficoltà di attenzione e memorizzazione rispetto al passato
- Hanno più impulsività e meno autocontrollo



Quali sono i denominatori comuni di problemi e comportamenti solo apparentemente diversi?

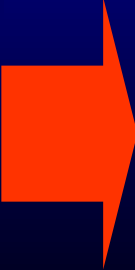


Autostima e autorealizzazione

- Eccesso di vita "virtuale" e riduzione della esperienza corporea diretta nel gioco e nel gruppo
- Riduzione del movimento fisico e perdita della espressione motoria delle emozioni



Ogni emozione ha un correlato motorio



L'inibizione dell'espressione motoria comporta un aumento delle tensioni fisiche, dell'aggressività e dei disturbi del comportamento e dell'apprendimento

SERIES IN AFFECTIVE SCIENCE

AFFECTIVE NEUROSCIENCE

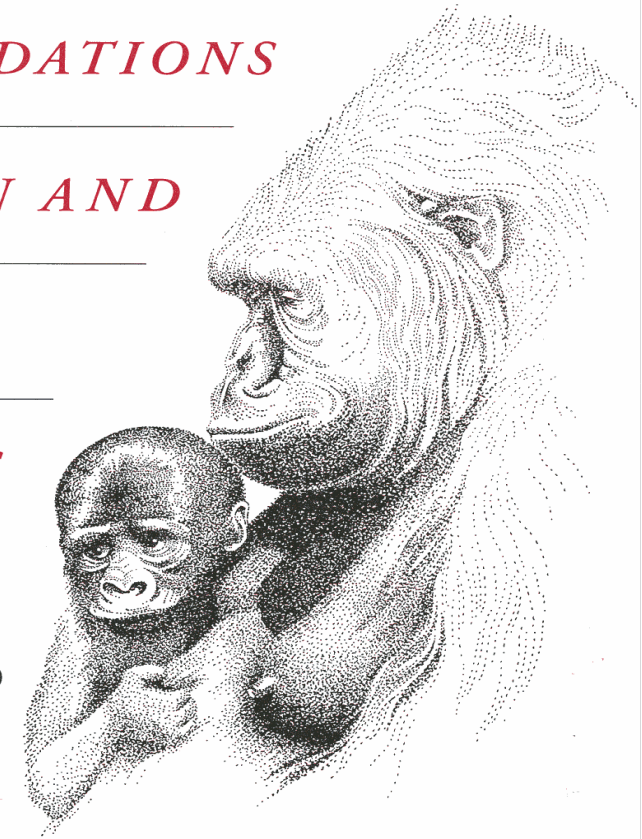
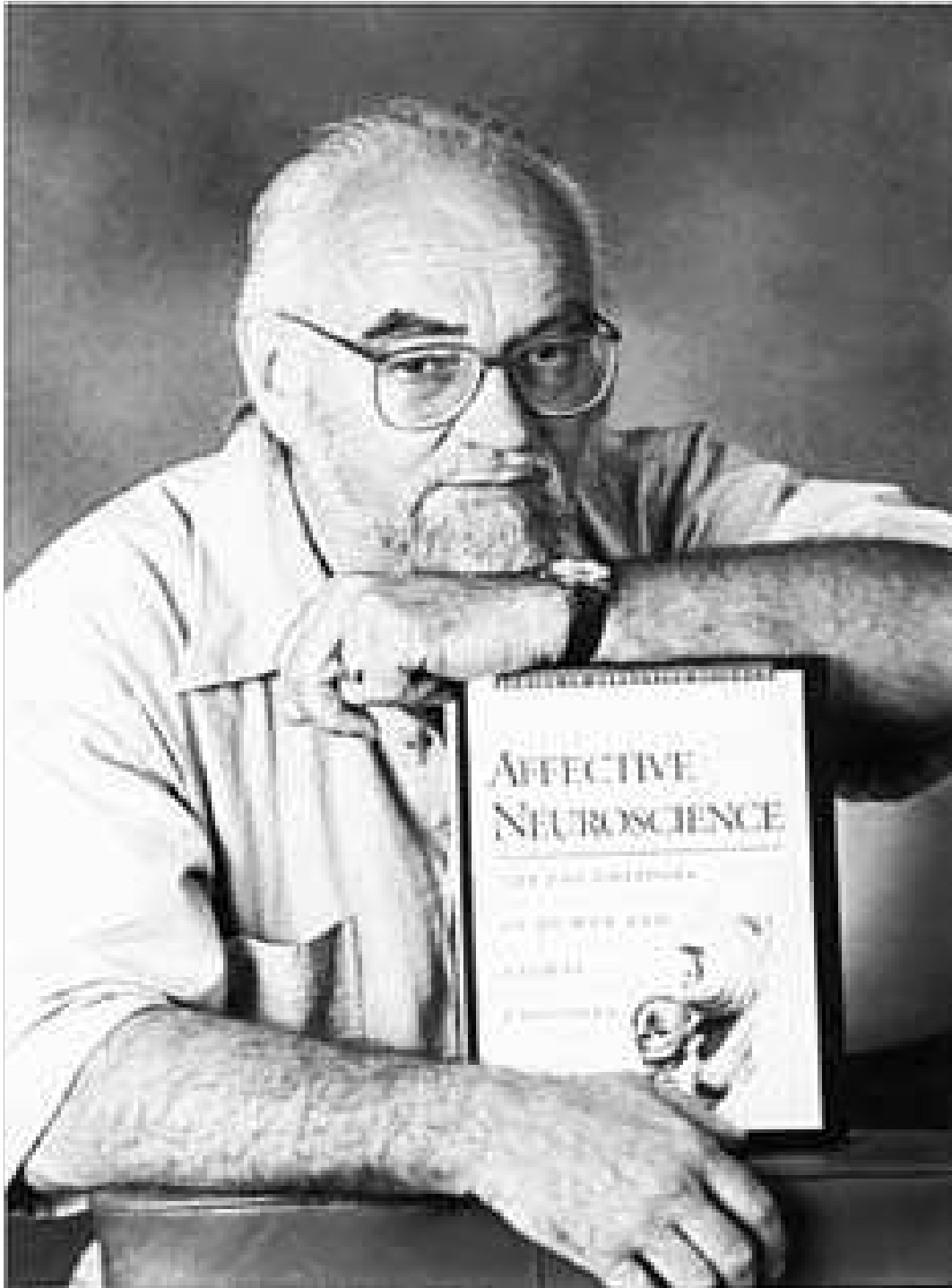
THE FOUNDATIONS

OF HUMAN AND

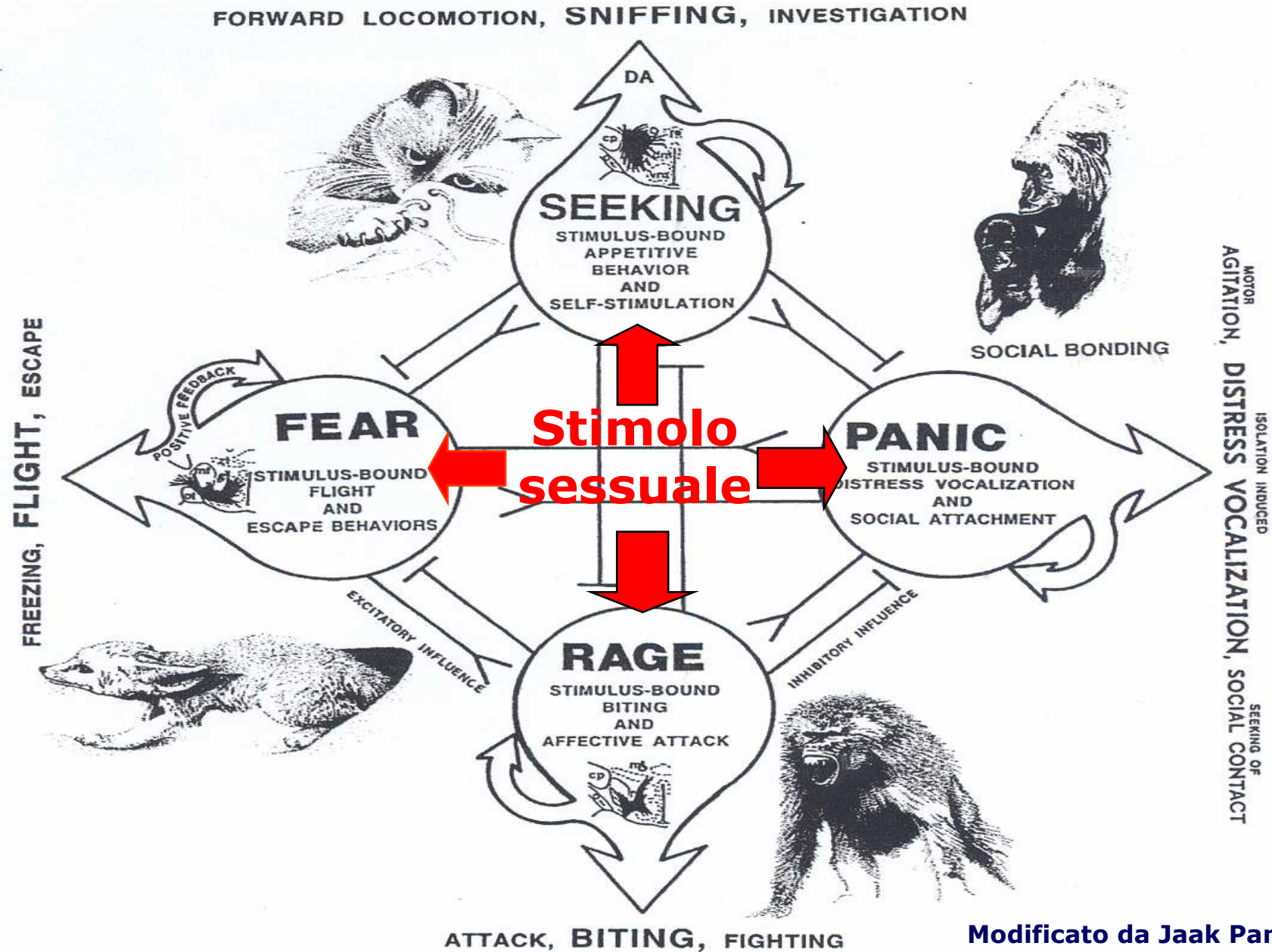
ANIMAL

EMOTIONS

Jaak Panksepp

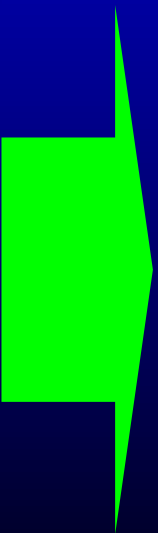


Il sistema di controllo delle 4 emozioni di base



La grande sfida

- Incoraggiare l'espressione motoria delle emozioni
- Educare alla modulazione dell'impulsività e dell'aggressività distruttiva



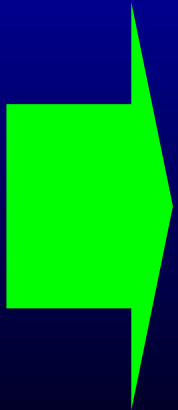
Regole chiare e disciplina
fatte rispettare
con affettuosa fermezza
sono indispensabili per la maturazione
del lobo frontale che regola
il controllo degli impulsi
e la competenza sociale

Autostima e autorealizzazione

Emozioni e movimento

Pet therapy

- antisolitudine e antistress
- pro-empatia, tenerezza, dolcezza, capacità di prendersi cura, di amare e di rispettare

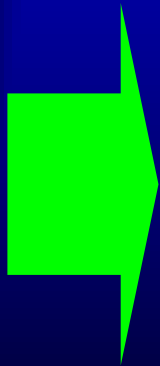


Un animale per amico, che va rispettato
da adulti e bambini
e mai maltrattato o abbandonato!



Equilibrio tra emozioni e salute psichica nel gioco e nello sport

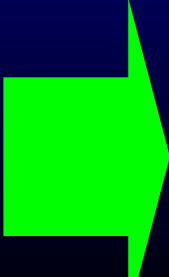
- Meno vita virtuale, meno solitudine, meno televisione e videogames
- Più gioco, più sport di gruppo, più vita reale e naturale



Un bambino sereno e amato,
con una sana corporeità,
gusto del movimento e della gioia fisica,
sarà un adolescente sano
e un adulto felice

Platone: la terapia

- Platone, nel *Gorgia*, parla per la prima volta di terapia come "therapèia theòn", cioè sollecitudine, attenzione, rispetto, cura degli dei e del divino.
- Successivamente parla di "Therapèia tou sòmatos, tès psychès", "terapia del corpo e dell'anima", in cui il medico dovrebbe avere, per il corpo e per l'anima, l'attenzione, la sollecitudine, la cura che merita la scintilla di divino che è in noi.



**Non ci può essere cura,
terapia nel senso profondo e antico,
senza attenzione al corpo e allo spirito che lo abita.**

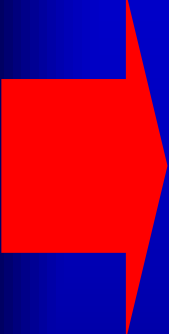
Platone: la terapia

Platone, nella *Repubblica*, parla di due tipi di medicina:

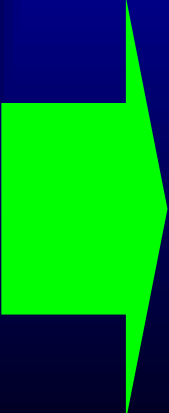
- la prima è riservata agli schiavi, ai quali si cerca di togliere rapidamente il sintomo perché riprendano subito il lavoro;
- la seconda è la medicina per gli uomini liberi, ed è attenta al corpo, all'anima, e ai rapporti familiari.

A. Graziottin, La donna, il suo corpo e la medicina d'oggi, Kos, Ed. San Raffaele, Milano, 2008

La medicina della sollecitudine



La medicina contemporanea, così tecnologica,
così fredda,
così concentrata sul corpo oggetto di cura,
così distratta dalle emozioni e dai vissuti,
è una medicina da schiavi



**E' la medicina della sollecitudine,
quella per gli uomini liberi,
che noi medici dovremmo
riscoprire e valorizzare.**



**Essere presenti, intuire, confortare, consolare,
oltre a curare
questa è l'essenza dell'essere medico**

Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna

Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna



La Fondazione

- Mission
- Presidente
- Comitato Etico
- Comitato Scientifico
- Comitato Culturale
- Sede e organizzazione

Area divulgativa

► Vai alla ricerca avanzata

Il dolore e la medicina

- In primo piano
- Schede mediche
- Testimonianze
- Audio stream

Orizzonti

- Il dolore e la cultura
- Il dolore e la spiritualità

Scrivici

Link consigliati

Comprendere e curare il dolore

La donna, il suo corpo e la medicina d'oggi

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Come è cambiato il rapporto tra la donna, il suo corpo e la medicina d'oggi?

Lo scenario è articolato, con divari enormi tra mondo ad alto e basso reddito. Al punto che, viaggiando in continenti diversi, è possibile rileggere trasversalmente tutta la storia delle donne e del loro doloroso rapporto con la medicina, in un percorso che è nello stesso tempo un viaggio a ritroso di millenni.

In Occidente, in particolare, la centralità del corpo si radica nella tradizione greco-latina e continua nel Cristianesimo, religione che si fonda sull'Incarnazione di Dio, sul farsi carne, assumendo così il corpo come paradigma dell'essere sulla terra, nella gioia, nella convivialità e nel dolore. Un corpo che nella lettura cristiana ha poi vissuto alterne vicende: innanzitutto, in rapporto a diverse influenze culturali e storiche, con fasi di disciplina dei desideri e di negazione dei bisogni fino all'ascetismo, e fasi di integrazione tra corpo e anima, in cui l'uno viene letto come il tempio vivente dello spirito. In secondo luogo, in rapporto al genere, maschile o femminile. Il corpo della donna ha infatti conosciuto una maggiore repressione e inibizione, maggiori condizionamenti culturali, specie nella sua espressione sessuale, e maggiori limitazioni sul fronte morale. Oggi, in Occidente, soprattutto a livello mediatico, il corpo femminile è trionfante, esaltato nella sua carnalità e sensualità, con risonanze profonde nei vissuti personali, nelle relazioni interpersonali e nel lavoro. E con esasperazioni che culminano nell'uso strumentale del corpo come mezzo per ottenere vantaggi diversi: professionali, economici e di status, a tutti i livelli. Nella medicina contemporanea, la centralità evidente del corpo è tuttavia soggetta a dinamiche che da un lato risentono di condizionamenti antichi, e dall'altro di un'esasperazione tecnologica che fa del corpo un freddo oggetto d'indagine, senza emozioni. Il rapporto tra la donna, il suo corpo e la medicina d'oggi verrà qui analizzato dalla prospettiva

Registrazione - Login

Area scientifica

► Vai alla ricerca avanzata

Aggiornamenti scientifici

- **Aspetti neurobiologici e modelli interpretativi del dolore pelvico cronico e del dolore sessuale**
- **Stipsi e disfunzioni sessuali femminili: il ruolo del proctologo**
- **Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus**
- **Vulvar Vestibulitis Syndrome: a Clinical Approach**
- **Sexual pain disorders**
- **Why Deny Dyspareunia Its Sexual Meaning?**
- **Vulvodinia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management**

www.fondazionegraziottin.org

Divinum est
sedare
dolorem

Ippocrate, 400 a.C.