



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Raffaele De Caro*

TESI DI LAUREA

DALL'OMBRA ALLA LUCE. PERCORSI DI RISVEGLIO SOMESTESICO DEL
PAVIMENTO PELVICO

(From shadows to light. Paths of pelvic floor's somesthetic awakening)

RELATORE: Prof. Natale Migliorino

LAUREANDA: Gloria Codo

Anno Accademico 2015-2016

INDICE

RIASSUNTO	1
RIASSUNTO IN LINGUA INGLESE	2
1. INTRODUZIONE	3
1.1. Prima parte: generalità del Pavimento Pelvico (PP)	3
<i>Pavimento pelvico: parte di un sistema</i>	3
<i>Pavimento pelvico: un luogo intimo e poco conosciuto</i>	5
<i>Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS)</i>	6
<i>Il trattamento tradizionale della IUS</i>	7
<i>I limiti del trattamento tradizionale</i>	7
1.2. Seconda parte: l'approccio fenomenologico	8
<i>Un cambio di prospettiva</i>	9
2. METODOLOGIA	10
2.1. <i>Orientamento e sensibilizzazione</i>	10
2.2. <i>Diario personale</i>	11
2.3. <i>Criteri metodologici: spontaneità e scoperta</i>	11
2.4. <i>Intervista discorsiva con analisi qualitativa del testo dell'intervista</i>	12
3. ESPERIENZA	15
3.1. <i>Esperienza di alcuni casi clinici trattati con bio-feedback ed esercizio terapeutico</i>	15
3.2. <i>L'esperienza personale del sensibilizzarmi con le forme gestuali</i>	16
3.3. <i>Esperienza terapeutica diretta con Daniela</i>	18
3.4. <i>Esperienza terapeutica indiretta con Elisa</i>	21

4. DISCUSSIONE	22
<i>4.1. Aspetti pedagogici</i>	22
<i>4.2. Analisi del senso che ha la malattia nella vita del paziente</i>	23
<i>4.3. Il senso del PP come luogo di relazione</i>	23
CONCLUSIONI	24
BIBLIOGRAFIA	25
RINGRAZIAMENTI	26

RIASSUNTO

L'idea di affrontare la mia tesi è nata sia dalla volontà personale di superare i limiti di una frase che ho sentito spesso dire dai terapisti ai pazienti in difficoltà con i loro gesti quotidiani: “vedrà prima o poi le verrà automatico”; sia dalla volontà di comprendere come interagire in modo efficace con i pazienti che soffrono di disfunzioni del Pavimento Pelvico, essendo questa un'area molto complessa e poco presente alla coscienza.

Nel contesto del presente lavoro queste esigenze si realizzano proponendo a due pazienti con problematiche del Pavimento Pelvico un'esperienza di esercizio terapeutico mirata al risveglio della tonalità sensibile dell'area interessata, alla sua integrazione cosciente con le sue numerose relazioni sia intracorporee sia ambientali.

Un primo obiettivo di questa ricerca è stato quello di indagare come la paziente vive la propria condizione di sofferenza legata alla disfunzione del Pavimento Pelvico. Solo sulla base di tale conoscenza preliminare è possibile realizzare un percorso di progressivo risveglio e integrazione del Pavimento Pelvico nella globalità del corpo e nella complessità delle situazioni di vita. Grazie a un metodo di pedagogia terapeutica aperta, ogni nuova acquisizione di questo percorso parte da una scoperta di un modo nuovo con cui il Pavimento Pelvico si manifesta alla coscienza corporea.

Grazie all'utilizzo del diario terapeutico e di ricerca, dell'intervista discorsiva, dell'analisi qualitativa dei testi e dello studio della fenomenologia, sono venuti alla luce numerosi temi esperienziali, che mi hanno permesso di rispondere alle domande iniziali e di raggiungere gli obiettivi terapeutici e conoscitivi posti all'inizio del percorso di ricerca.

RIASSUNTO IN LINGUA INGLESE

The idea of facing my thesis was born from both the personal will to overcome the limits of a phrase that therapists often tell to patients which have problems to do everyday actions: "will sooner or later will automatically"; and by the desire to understand how to interact effectively with patients who suffer from dysfunctions of the pelvic floor which is a very complex area and not very present in the consciousness.

In the context of this work these demands are realized proposing two patients with pelvic floor problems an experience of therapeutic exercise for the awakening of the sensitive tone of the affected area for its conscious integration with its numerous relationships both intracorporeal and environmental.

A first target of this search was to investigate how the patient lives his condition of suffering linked to dysfunction of the pelvic floor. Only on the basis of such prior knowledge a path of gradual awakening and integration of the Pelvic Floor in the whole body and in the complexity of life situations can be possible. Thanks to an open educational therapy method, each new acquisition of this path starts from a discovery of a new way in which the Pelvic Floor manifests itself to the body consciousness.

Thanks to the use of the treatment and research diary, the discursive interview, the qualitative analysis of texts and the study of phenomenology, have come to light experiential issues, that have allowed me to answer opening questions and to achieve therapeutic and cognitive goals put at the beginning of the search path.

1. INTRODUZIONE

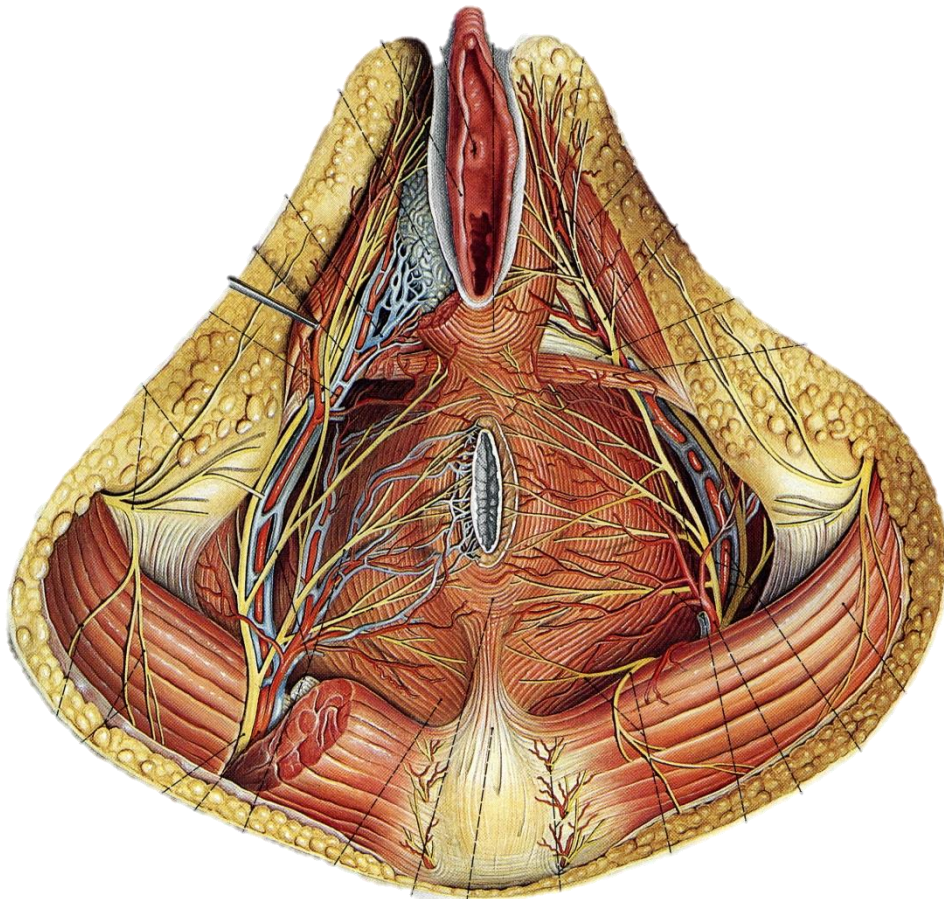
La tesi nasce dall'esigenza di chiarire due aspetti:

1. Come la paziente vive la propria condizione di sofferenza legata alla disfunzione del pavimento pelvico.
2. Come si può realizzare un'esperienza terapeutica in cui inserire il pavimento pelvico nelle sue relazioni sistemiche significative.

Spero che la lettura di queste pagine sia per il lettore motivo di riflessione e di analisi.

1.1 Prima parte: generalità del Pavimento Pelvico (PP)

Pavimento pelvico: parte di un sistema



Il pavimento pelvico (PP) è parte di un sistema più ampio in cui i vari elementi interagiscono tra loro per il corretto funzionamento globale. È un insieme di strutture (muscoli, legamenti e fasce) che supportano sia i visceri pelvici che quelli addominali, è localizzato nel limite inferiore della cavità pelvica e nel limite superiore del perineo estendendosi dal pube al coccige. La contrazione dei muscoli del PP permette la continenza urinaria e fecale nonché la funzione sessuale. Inoltre, il PP sostiene gli organi pelvici e addominali grazie all'azione di spinta in direzione opposta alla gravità e al loro ruolo contributivo alla regolazione della pressione intra-addominale e al mantenimento degli organi interni nelle loro normali posizioni e relazioni.

Il PP ha un sistema di supporto attivo che è la muscolatura ed un sistema di supporto passivo costituito dalle ossa e dal tessuto connettivo (legamenti e fasce).

La struttura muscolare è un vero sistema di sostegno composto da uno strato superficiale e da uno strato profondo. Nello strato superficiale c'è il trigono urogenitale composto dai muscoli ischio-cavernosi che contraendosi contribuiscono all'erezione del clitoride; dai muscoli bulbo-cavernosi la cui contrazione determina un restringimento dell'orifizio vaginale e dai muscoli trasversi superficiali del perineo che anch'essi contraendosi determinano un restringimento dell'orifizio vaginale. L'altro trigono dello strato superficiale è quello del trigono ano-genitale composto dal muscolo sfintere anale superficiale e dal muscolo sfintere anale esterno che contraendosi determina la chiusura del canale anale.

Lo strato profondo del PP è formato dal muscolo ischio-coccigeo la cui contrazione fornisce solidità al pavimento pelvico e dall'elevatore dell'ano che a sua volta è formato dal muscolo pubo-rettale dal muscolo pubo-coccigeo e dal muscolo ileo-coccigeo. I muscoli del PP sono innervati dal plesso pudendo (S3-S4) e la loro contrazione solleva il pavimento pelvico e costringe il retto e la vagina sia in modo dinamico che statico, mantenendo la continenza fecale e urinaria e permettendo l'espletamento del parto.

Le strutture fascio legamentose del pavimento pelvico (fascia endopelvica) costituiscono un sistema di sospensione indispensabile per il mantenimento degli organi in sede.

Si può quindi pensare al pavimento pelvico come luogo di passaggio e comunicazione senza però dimenticare l'interazione esistente tra questa zona e quelle circostanti durante i più svariati movimenti. Quest'ultima considerazione è di fondamentale

importanza se si vuole attuare una riabilitazione che miri al ripristino della funzione in toto del PP.

A tal proposito anche la letteratura propone degli esempi sull'influenza reciproca che hanno il PP e varie parti del corpo:

- Possibili problemi di incontinenza in pazienti con lombalgia. “Urinary incontinence in women with low back pain” (Eliasson et al. 2008)
- La presenza di un'eccessiva eversione calcaneare al complesso di piede-caviglia può essere considerato come un fattore contribuente ai disallineamenti pelvici durante il mantenimento della stazione eretta. “Bilateral and unilateral increases in calcaneal eversion affect pelvic alignment in standing position” (Pinto et al. 2008)
- Un training volto al coordinamento del diaframma, dei muscoli addominali profondi e di quelli del pavimento pelvico può aumentare la qualità di vita delle donne con incontinenza urinaria da sforzo o mista e ridurre i sintomi. “An alternative intervention for urinary incontinence: Retraining diaphragmatic, deep abdominal and pelvic floor muscle coordinated function” (Hung et al. 2010)

Pavimento pelvico: un luogo intimo e poco conosciuto

Il pavimento pelvico è un'area corporea piena di significato perché nonostante sia formata come tutte le altre regioni corporee da ossa, muscoli, legamenti ecc. è un luogo intimo che spesso viene vissuto come un tabù. Il pavimento pelvico, oltre alla minzione alla defecazione all'attività respiratoria e al sostegno tonico, permette alla donna di dare alla luce nuova vita, inoltre in entrambi i sessi è la zona corporea che si coinvolge nell'atto sessuale e per queste ragioni assume un importante significato affettivo e di relazione.

Purtroppo viviamo in una società che ci fa quasi provare vergogna di questo nostro diamante prezioso e non è la stessa cosa parlare di vergogna o di pudore. Deriva dal greco (*paidia*) e significa *fanciullezza*, ricollegandosi al sentimento tipico dell'età infantile ed adolescenziale. È un sentimento strettamente personale ed ha un significato positivo infatti a tutto ciò per cui proviamo pudore riserviamo un trattamento particolare, come fosse un tesoro da proteggere e da condividere solo con chi siamo certi lo rispetterà.

La vergogna invece è un sentimento sofferente, di disagio che si manifesta davanti ad una condanna sociale ed in particolare quella nei confronti del PP la si prova in risposta ad una non conoscenza che la società ha nei confronti di questo luogo corporeo che viene inadeguatamente associato solo all'aspetto più materiale dell'atto sessuale con la morale negativa che ne consegue. Perineo però deriva dal greco e significa porta del tempio proprio ad indicare l'ingresso ad una regione corporea ricca di sacralità, importanza e grandezza, tutti aspetti che la scarsa informazione porta ad ignorare facendo cadere tanti nel burrone del silenzio e della vergogna.

Parlandone poco lo si mette un po' in disparte forse anche per paura di essere giudicati e proprio per questo è una parte del nostro corpo che pochi conoscono e riconoscono come tale.

Un luogo così importante andrebbe ascoltato, ma purtroppo non viene preso in considerazione nemmeno quando è il protagonista del problema perché la timidezza e la vergogna di esporsi e di comunicare l'esistenza di una problematica del pavimento pelvico vincono la maggior parte delle volte sulla volontà di tornare a stare bene.

Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS)

Descrivo brevemente questa problematica perché oltre ad essere la più comune è anche quella che affligge Daniela, la paziente che ho seguito direttamente.

La IUS rappresenta la forma più comune di incontinenza urinaria, costituendo circa il 50-60% dei casi ed è molto più frequente nelle donne, è la perdita involontaria di urina che si verifica quando la pressione vescicale supera la pressione uretrale in assenza di contrazione detrusoriale. Accade quando un improvviso aumento della pressione intra addominale non viene contrastato da una adeguata contrazione del pavimento pelvico producendo così una perdita di urina non preceduta da stimolo. Classicamente si manifesta in seguito ad uno starnuto, colpo di tosse o altri sforzi che aumentino la pressione intra-addominale soprattutto in stazione eretta.

La componente fisiopatologica delle disfunzioni muscolari del PP è costituita da:

- Un danno del SNP con denervazione temporanea o permanente delle fibre muscolari
- Una lesione del muscolo stesso
- Un'alterazione della coordinazione muscolare

I principali fattori di rischio sono:

- **Gravidanza:** a causa di un elevato stiramento delle strutture o a lesioni muscolari o fasciali. Il parto naturale è riconosciuto come la causa principale, ma non tutte le donne sviluppano immediatamente questa condizione dopo il parto.
- **Menopausa:** in seguito alle alterazioni endocrino- metaboliche soprattutto la riduzione del livello di estrogeni che hanno un impatto sul trofismo dei tessuti.
- **Altri eventi patologici:** traumi iatrogeni (ostetrici e chirurgici), farmaci, neuropatie e connettivopatie, patologie infiammatorie dell'uretra, vizi di postura del rachide e del piccolo bacino, obesità, ascite, BPCO.

Il trattamento tradizionale della IUS

Il trattamento conservativo tradizionale dell'incontinenza urinaria da sforzo tramite la riabilitazione del pavimento pelvico è la soluzione principale. Questo approccio non ha effetti negativi ed è stato visto che è efficace nei casi di media-moderata gravità. I trattamenti mirano generalmente ad aumentare la forza dei muscoli del pavimento pelvico.

La gestione riabilitativa per i disturbi urinari comprende varie strategie. Le tecniche che agiscono direttamente sul pavimento pelvico includono la chinesiterapia volta alla rieducazione dell'attività perineale, il biofeedback elettromiografico (BFB EMG) e l'elettrostimolazione (FES). Inoltre spesso viene proposto anche un rinforzo addominale e una rieducazione posturale.

I limiti del trattamento tradizionale

Il trattamento tradizionale mira soprattutto al rinforzo della parete muscolare del PP e di quella addominale. Questo metodo nonostante tenga in considerazione la relazione esistente tra PP e parete addominale è in realtà di concezione molto limitata.

I limiti di questo approccio sono diversi. Innanzitutto proponendo un lavoro di solo rinforzo non viene presa in considerazione l'aspetto coordinativo legato alla continuità e alla collaborazione fra le diverse parti del nostro corpo. Come si può pensare che facendo lavorare separatamente il PP e per esempio i muscoli della parete addominale queste due parti improvvisamente poi inizino a lavorare in sinergia?

Inoltre non si lavora nemmeno sulla funzione muscolare tonica, che consiste in un'attivazione lieve e prolungata, oltre che capace di regolare la propria intensità in relazione al variare degli stimoli locali. Senza poi nulla togliere alla possibile efficacia del rinforzo muscolare, non si può non tenere conto del fatto che le condizioni cliniche del PP si caratterizzano per un disorientamento percettivo e cognitivo da parte dei pazienti e quindi per un difetto di capacità regolativa sulla loro condizione. Perciò insieme all'integrazione con le altre parti corporee si dovrebbe lavorare sul risveglio sensibile del PP.

Infine è necessario riflettere sul fatto che un luogo così intimo di sé crei delle difficoltà sia per quanto riguarda la condivisione dei problemi che lo affliggono, sia per quanto concerne l'utilizzo di metodiche che invadono la propria intimità (BFB, EMG, FES).

1.2. Seconda parte: l'approccio fenomenologico

Questa tesi non sarebbe potuta nascere se non mi fossi aperta al mondo della fenomenologia e se non lo avessi cominciato ad indagare. Per avere una buona prospettiva di comprensione del lavoro fatto è quindi necessario prima mettere nero su bianco i punti principali di questa filosofia che mi hanno guidata nel mio percorso.

La fenomenologia è una filosofia e una pratica consapevole dell'esperienza, che con l'esperienza inizia e all'esperienza perviene. Essa quindi non comincia con ipotesi teoriche da verificare, né procede con protocolli di azione decisi in partenza. Cerca di lasciarsi guidare da ciò che è effettivamente esperito, piuttosto che da quel che ci aspettiamo di trovare, dati i nostri impegni teorici. Ci chiede di non lasciare che le nostre preconcezioni teoriche diano forma alla nostra esperienza, ma al contrario che sia l'esperienza a precedere e dare forma al progressivo strutturarsi della conoscenza. Questa centralità dell'esperienza nel metodo fenomenologico è intesa nei termini dell'esperienza soggettiva, ossia il modo la coscienza soggettiva vive e coglie il significato dei fenomeni dell'esperienza. A tale scopo lo studioso fenomenologo mira a cogliere sistematicamente i fenomeni della prospettiva in prima persona dei soggetti studiati, e di partire da tali fenomeni come dati primari per un'analisi riflessiva sui temi essenziali dell'esperienza

Un cambio di prospettiva

Uno degli scogli che ho dovuto affrontare nella realizzazione di questo scritto è stato l'attuare un cambio di prospettiva rispetto alle nozioni apprese nel corso dei tre anni di studio. La novità è stata la sostituzione del dualismo esistente che vede da una parte il CONTROLLO MOTORIO e dall'altra l'AUTOMATISMO, con l'introduzione di due nuovi concetti che sono la REGOLAZIONE SENSIBILE DEL SÉ e la SPONTANEITÀ.

Quindi se nel dualismo la relazione è:



rompendo il dualismo la relazione diventa:



Il controllo motorio è un concetto molto in voga oggi in riabilitazione, il suo compito è quello di riportare al comando volontario una determinata struttura diventata problematica per poter così correggerla. Una volta fatto ciò si passa poi alla ripetizione dello schema corretto fino al suo divenire automatismo, si spiega quindi il perché spesso si senta dire dai terapisti ai pazienti “vedrà presto lo farà senza pensarci”. Nasce perciò spontanea la domanda “come automatizzare il movimento?”, ecco che allora si evince la problematica del dualismo poiché non esiste un ponte che collega il controllo motorio all'automatismo ma c'è un salto funzionale che viene riempito successivamente da un fattore esterno come la ripetizione.

Al contrario invece dalla regolazione sensibile alla spontaneità c'è continuità interna.

Sospendendo quest'impostazione possiamo però finalmente passare dall'esclusione alla disponibilità cosciente e dalla dis-integrazione all'integrazione fra le parti di un sistema, in questo caso il sistema-corpo.

2. METODOLOGIA

È stata utilizzata una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico con due casi di soggetti con problematiche del PP, uno seguito da me in prima persona e l'altro seguito in studio dal Prof. Migliorino N. per comprendere come la paziente viva la propria condizione di sofferenza legata alla disfunzione del PP e come si possa realizzare un'esperienza terapeutica in cui inserire il PP nelle sue relazioni sistemiche significative.

Prima di proporre alla paziente da me seguita i vari esercizi, li ho sperimentati personalmente compilando un diario di ricerca.

Precedentemente ho avuto la possibilità di assistere ad alcune sedute in ospedale di pazienti con IUS trattate con bio-feedback ed elettrostimolazione.

2.1. Orientamento e sensibilizzazione

Per entrare in questo nuovo mondo che si stava per aprire davanti a me, ho intrapreso un breve ma significativo percorso insieme al relatore della presente ricerca.

I nostri incontri mi hanno resa cosciente di come un semplice quesito che mi era sorto dall'osservazione della pratica clinica durante le ore di tirocinio nascondeva in realtà un mondo che nessuno mai mi aveva fatto esplorare.

Ho sempre avuto timore di porre domande sciocche per paura di ricevere come risposta “nei libri c'è scritto tutto, basta studiare” e di sentirmi perciò in difetto. Ma oggi sono entusiasta di aver preso coraggio e di aver esposto ad alta voce il mio interrogativo perché mi ha fatto conoscere i primi tasselli di un puzzle che continuerò sicuramente a costruire pezzo per pezzo.

Durante le ore passate assieme al professore ho avuto la possibilità di sperimentare su me stessa le varie esperienze terapeutiche che poi avrei proposto a Daniela e di addentrarmi sempre più nel mondo della fenomenologia.

I vari spunti che mi venivano dati li ho poi approfonditi da sola tramite letture e con la scrittura di un mio diario di ricerca.

2.2. Diario personale

Ci insegnano che non si può spiegare un esercizio ad un paziente se noi per primi non lo abbiamo mai provato.

Il diario è il più classico e il più intimo dei testi esperienziali, l' ho utilizzato per sperimentare in prima persona le varie esperienze che avrei poi proposto a Daniela.

Anche se inizialmente ero un po' scettica all'idea, col passare del tempo mi sono decisamente ricreduta trovando in questo mezzo un valido supporto per condurre gli incontri con Daniela.

Scrivere quelle righe ha creato infatti una sintonia inaspettata tra noi poiché riuscivo a comprendere le sue difficoltà avendole anche io provate in prima persona.

Infatti nell'ambito dell'esercizio terapeutico il terapeuta svolge un ruolo ed esprime una competenza di guida che non gli derivano da un sapere teorico e metodologico, ma fondamentalmente dalla pregressa sperimentazione su di sé in prima persona. In questo senso il terapeuta è fin da subito già coinvolto e sensibilizzato all'esperienza che osserva sul paziente (Migliorino 2010).

Rileggendo il mio diario emerge il fatto che non sia necessario avere una disfunzione per avere una unità sé-corpo-mondo “ non funzionante”.

Parlando di struttura sé-corpo-mondo si intende dire che il corpo sensibile è allo stesso tempo e inseparabilmente coscienza del mondo e coscienza di sé, ponendo l'uno e l'altro in reciproca presentazione (Migliorino 2010).

2.3. Elementi metodologici: spontaneità e scoperta

I due elementi metodologici fondamentali alla base del percorso intrapreso sono la spontaneità e la scoperta. Questi due termini sono stati i capisaldi sia nel percorso di trattamento svolto con la paziente, sia nella pratica fatta su me stessa.

La spontaneità diventa ora sinonimo di libertà di espressione, è la proprietà di un gesto privo di impedimenti e sforzo (Migliorino 2010).

Grazie all'esperienza terapeutica la paziente viene accompagnata nella scoperta di nuove possibilità di movimento che il suo corpo spontaneamente le offre, senza perciò la necessità di un comando esterno.

Con l'esercizio terapeutico la paziente può iniziare ad ascoltare la voce del suo corpo per scovare tutte le sue difficoltà con l'intento poi di trasformarle e non di controllarle.

Spontaneità e scoperta sono quindi parole chiave: non va detto alla paziente cosa deve sentire durante l'esercizio perché deve essere lei stessa a scoprire quali possibilità il suo corpo spontaneamente le offre per compiere il gesto.

2.4. Intervista discorsiva con analisi qualitativa del testo dell'intervista

Ogni domanda dell'intervista indaga un aspetto rilevante del pavimento pelvico inteso come luogo dalle mille sfumature: il situarsi, la corporeità sensibile, la sofferenza, la somestesi, i sentimenti connessi, la sessualità e l'etica. Le domande sono state poste in modo generale per permettere a Daniela di entrare gradualmente nel discorso, osservando il suo orientamento spontaneo per poi farla avvicinare a poco a poco ad elementi non presi in considerazione da lei e su cui mai si era interrogata prima. Per aiutarla ad esprimere percezione e sentimenti connessi al PP ho chiesto a Daniela di utilizzare situazioni esemplificative. Ho cercato di porle le domande con un linguaggio semplice e cercando di metterla a suo agio anche nei confronti di temi molto intimi come le emozioni e la sessualità in modo tale che si sentisse libera di condividere con me i suoi pensieri. Anche se il registratore la intimoriva un po' sono rimasta soddisfatta della naturalezza che si è creata nel corso dell'intervista.

DOMANDE	LOGICA E METODOLOGIA DELLE DOMANDE
<p>1A) Io pavimento pelvico racconto la mia storia.</p> <p>1B) Come sente il suo pavimento pelvico?</p>	<p>Come lei si situa in questo luogo di racconto di sé. In forma narrativa. Come la persona abita il senso di quel luogo.</p> <p>Orienta sulla corporeità sensibile, quanto presente è quell'area nella sua vita cosciente.</p> <p>Metodologia. Indagare l'area</p>

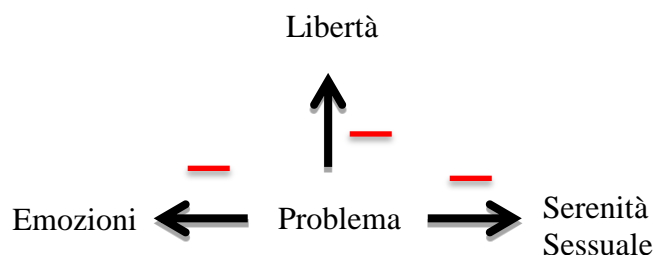
<p>2) quali sono state le sofferenze (disabilità, disturbi, dolore, disagi) dell'area del pavimento pelvico?</p>	<p>della sofferenza come ambito generale (con le sue piccole stanze). Vedere come la persona spontaneamente si orienta su questo ambito ed eventualmente aprire le stanze rimaste chiuse.</p>
<p>3) Come percepisce il suo pavimento pelvico? Mi può dire delle situazioni particolari? Mi può fare un esempio?</p>	<p>Attenzione alla difficoltà che potrebbe esserci nel descrivere la percezione. Precisare l'aspetto somestesico. Cercare una precisa descrizione somatica di stati di altra natura (affettivo, etico ecc). Risposta legata a situazioni particolari, esemplificative</p>
<p>4) quali sentimenti sono connessi all'esperienza del pavimento pelvico? Mi può dire delle situazioni particolari? Mi può fare un esempio?</p>	<p>Risposta legata a situazioni particolari, esemplificative.</p>
<p>5) parlare della sua esperienza della sessualità. Quali vissuti ci sono stati inerenti il pavimento pelvico legati alla sessualità.</p>	<p>Indagare la sessualità non in modo riduzionistico, ma in una visione più ampia.</p>
<p>6) che importanza ha il pavimento pelvico nella sua vita in generale, che posto ha avuto nella sua vita? Quali atti di cura lei ha nei confronti di</p>	<p>Indagare l'aspetto etico ed esistenziale. Idea della cura (igienica o di altra natura?).</p>

quest'ambito?	Ruolo critico dell'intervista. Permette di vedere gli elementi critici.
---------------	--

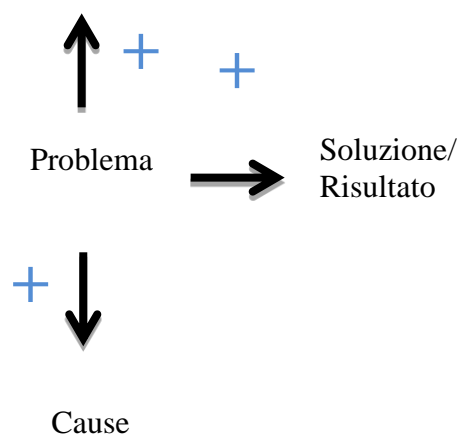
Dall'analisi dell'intervista a Daniela si percepisce come la disfunzione che sta vivendo le ponga numerosi limiti che non si stringono attorno ad un solo fattore materiale del dover utilizzare un salvaslip per non sentirsi bagnata, ma includono aspetti molto più significativi. Daniela infatti si sente limitata nell'esprimere le sue emozioni, nel sentirsi libera di poter fare qualsiasi cosa voglia e nel vivere serenamente la vita di coppia. Proprio per questi motivi si è numerose volte interrogata sulle possibili cause del suo problema individuandone due: la gravidanza come causa scatenante e il raffreddore come fattore incentivante. Sembra vivere in una condizione di "ricerca del cattivo" per poterlo eliminare e tornare a stare bene. Il primo passo perciò sarà quello di spiegarle che il nostro obiettivo non è ricercare un colpevole ma abitare il corpo e in particolare il PP anche quando non è presente una situazione di fastidio, risvegliarlo quindi alla coscienza per reintegrarlo nel sistema a cui appartiene.

Daniela toglie qualsiasi tipo di responsabilità inerente questa situazione al PP, descrivendolo anzi con accezioni positive quali "luogo di nascita e d'affetto". L'accezione negativa che dà al suo problema ha però un risvolto positivo che lei ancora non intravede, infatti gli unici momenti in cui il suo PP si fa vivo alla coscienza sono quelli di "fastidio" come li denomina lei. Penso siano momenti positivi perché quando me li descrive non mi racconta solo dell'esito del momento (la perdita), ma di tutto il processo che lei percepisce utilizzando espressioni come "sento che le pareti cedono" che indicano una iniziale seppur grezza percezione tonale della zona.

Sintetizzando quindi la IUS che affligge Daniela inibisce le sue emozioni, la sua libertà e la sua vita di coppia. Allo stesso tempo stimola la ricerca delle possibili cause, quella di una soluzione definitiva e grazie alle situazioni di fastidio stimola inoltre la presa di coscienza del PP. Tutte queste privazioni sfociano nel gesto del trattenere e si tramutano poi in un corpo bloccato che è in tensione attiva, sempre in allerta.



PP cosciente



3. ESPERIENZA

3.1. Esperienza di alcuni casi clinici trattati con bio-feedback ed esercizio terapeutico e analisi qualitativa

Questo breve testo esperienziale che fa parte del mio bagaglio orientativo per la scrittura della tesi, è stato analizzato (e qui di seguito sono riportate le ultime fasi dell'analisi cioè il passaggio dai temi aggregati alle relazioni d'influenza).

Riflettendo sui vari temi emersi dall'analisi di questa mia esperienza rimango piacevolmente colpita dal cambio di prospettiva che sono riuscita ad attuare. Le speranze iniziali di trovare nel trattamento tradizionale le risposte alle mie domande mostravano un radicamento ancora esistente alla mentalità del dualismo controllo motorio-automatismo e alla figura del terapeuta come autorità esperta. In seguito all'osservazione delle sedute di due pazienti ho notato la standardizzazione dei

trattamenti la cui logica non mi soddisfaceva e non ho trovato risposta alle domande che mi ero posta, è stato proprio allora che la delusione mi ha pervasa. Ho iniziato quindi a riflettere criticamente soprattutto sull'importanza del percorso terapeutico rispetto a quella del risultato finale comprendendo così che lo sconforto provato non sarebbe stato un punto nero di chiusura della mia esperienza appena iniziata, ma l'input di un'apertura mentale.

Cambiare prospettiva e non ragionare più principalmente sul risultato finale ma soprattutto sul percorso terapeutico vissuto assieme al paziente è stata una sfida molto difficile da vincere, ma di fondamentale importanza.

3.2. L'esperienza personale del sensibilizzarmi con le forme gestuali

All'inizio del mio percorso mi sono subito confrontata con una realtà per me nuova che ritenevo sicuramente interessante ma che i miei pregiudizi rendevano poco chiara. Passo dopo passo ho imparato ad aprire la mente per far spazio ai nuovi pensieri con cui stavo familiarizzando. Sapere che una zona corporea, in questo caso il PP, è parte di un sistema e quindi entra in relazione con altre zone corporee è ben diverso dallo sperimentare forme gestuali con l'intento di ricercare proprio queste relazioni.

Inizialmente credevo che non avrei trovato difficoltà nello sperimentare determinate esperienze non avendo io alcun problema legato al pavimento pelvico, ma mi sbagliavo. Grazie alla guida del relatore di questa tesi ho potuto provare in prima persona vari esercizi di risveglio somestesico proprio per capire come indirizzare poi io stessa Daniela.

Quando parlo di relazione lo faccio in vari sensi, uno di questi è quello della relazione con altri luoghi corporei in gesti globali. Si intendono quindi le interazioni intracorporee sequenziali o interattive.

C'è poi la relazione corpo-spazio d'esperienza che può essere un contatto (pavimento, muro, sedile) o il vuoto. In questo secondo caso non c'è un contatto diretto ma il pavimento pelvico può entrare in relazione con l'ambiente che lo circonda.

E infine c'è la relazione intercorporea (sessualità).

I due passaggi che stanno alla base dell'esercizio terapeutico in questione sono il risveglio del pavimento pelvico e la sua integrazione con altre parti corporee. Queste due funzioni però avvengono assieme in un tutt'uno di scoperta e integrazione.

In questa sezione vorrei descrivere i momenti più significativi del mio percorso di sensibilizzazione al gesto terapeutico.

La prima scoperta che ho fatto è stata *sentire che non sentivo* quando mi è stato proposto in posizione seduta di distinguere la zona anale da quella genitale e da quella dell'addome inferiore nelle loro attivazioni in seguito alla spinta dei piedi al suolo. In questa esperienza non riuscivo a differenziare le varie attivazioni tonali, ma grazie alla strategia del focalizzarmi sull'incipit del movimento sono arrivata a percepire una sequenza di attivazione, grazie a questa esperienza nelle successive proposte in cui una parte anche diversa dai piedi compiva l'azione e il PP rispondeva, sono riuscita a sentire viva e sensibile ogni singola zona.

Un altro step per me importante è stato il momento in cui ho percepito la differenza tra una tonalità del PP attiva perché contratta quasi volontariamente e una tonalità attiva anche se la zona risulta distesa. Questa diversità l'ho compresa grazie all'esercizio del grande piede, esperienza in cui si immagina che i piedi e il bacino facciano parte di un unico grande piede che spinge il suolo e si cerca di sentire cosa succede al PP. Grazie a questa scoperta ho capito cosa cambia tra il chiedere alla paziente di "tenere" per impedire le fuoriuscite e farle scoprire l'esistenza di una tonalità attiva già presente ma poco cosciente del PP.

Un ulteriore passo in avanti l'ho effettuato quando ho provato la relazione tra PP e arti superiori. La posizione di partenza di questo esercizio è la stazione eretta, le mani sono al livello del bacino contro il muro e l'obiettivo è quello di sentire come reagisce il PP in seguito alle piccole spinte date dalle mani contro il muro. Questa è stata senza dubbio l'esperienza più difficile per me, ma grazie all'utilizzo di una metafora sono giunta anche io a nuove scoperte somestesiche. La metafora usata è stata quella di immaginare le mani e il PP uniti con degli elastici.

Un'esperienza che mi ha lasciato un segno particolare è stata quella del respiro vocalico. Con questo esercizio in cui bisogna prima inspirare e poi espirare a bocca sempre più aperta emettendo le vocali una alla volta e percepire come reagisce il PP, si vuole far emergere la partecipazione del PP ad un evento emozionale. Infatti ogni vocale suscita un'emozione differente e nel mio caso questo tipo di respiro ha fatto emergere sentimenti di imbarazzo e preoccupazione che non sapevo di avere.

L'ultima tra le esperienze più significative è stata quella del gioco del bastoncino. Consiste nel cercare di non far cadere un bastoncino che viene tenuto con un dito dal terapeuta e con un dito dal paziente che ha gli occhi chiusi. Con questo esercizio ho

sentito quanta differenza di percezione somestesica a livello del PP può esserci nel fare un movimento semplicissimo in due modi differenti, per esempio flettere il tronco o le ginocchia per piegarsi verso lo spazio anteriore. Inoltre ho scoperto la possibilità di percepire e quindi di porre l'attenzione al PP nonostante si sia impegnati in un'attività più o meno complessa.

Tutte queste esperienze oltre a sensibilizzarmi mi hanno fatto scoprire aspetti di me dal punto di vista emotivo che non conoscevo o forse di cui sapevo l'esistenza ma che tenevo ben chiusi sotto chiave.

Ma ciò che più mi ha affascinato è stato sentire dentro di me crescere esperienza dopo esperienza lo stupore dato dalla scoperta di un qualcosa di quasi magico come quando da bambina scartavo i regali sotto l'albero e i miei occhi brillavano di gioia pura.

È stata per me una sfida emozionante.

3.3. Esperienza terapeutica diretta con Daniela

Daniela ha 44 anni e soffre di IUS dalla seconda gravidanza: 12 anni. La situazione è peggiorata nel tempo.

Gli incontri sono stati 6, uno a settimana tutti avvenuti a casa sua.

Questa serie di esercizi sono la base da cui sono partita per poi modificarli/adattarli a seconda dei feedback che Daniela mi dava. Non è un protocollo di esercizi bensì una serie di esperienze e in quanto tale non c'è un ordine di esecuzione. Infatti fenomenologicamente parlando il terapeuta deve farsi guidare dai fenomeni, mantenersi fedele ad essi, coltivare lo stupore e la meraviglia come stati d'animo adeguati nell'accostarsi a loro (Migliorino 2010). In questo modo la scoperta di nuove possibilità non è più univoca e quindi solo del paziente, ma diventa uno scambio reciproco terapeuta-paziente.

Inizialmente per far entrare Daniela nell'ottica delle esperienze che avremmo sperimentato le ho proposto delle situazioni di relazione tra il tronco che agisce e gli arti inferiori che rispondono e viceversa soffermandomi sulla tensione e sulla tendenza del tronco.

Andando poi ad indagare in generale l'area del bacino ha sperimentato sempre da seduta la relazione tra i piedi che spingono e il bacino che risponde.

Per ricercare una tonalità più fine dell'addome Daniela ha messo in relazione il PP che agisce e l'addome che risponde. Ho poi inserito la ricerca tonale fine dell'addome utilizzando l'incipit del gesto del colpo di tosse (apnea pre espiratoria), per passare in seguito alla ricerca tonale dell'area inferiore del bacino.

Abbiamo lavorato poi sulla ricerca tonale delle due parti che compongono il PP: zona anale, zona genitale. Questa esperienza è stata fatta utilizzando la relazione del PP con i piedi che spingono e soffermandosi sull'inizio del movimento per ricercare una sequenza di attivazione tonale aggiungendo oltre al PP anche l'addome inferiore.

Per ricercare un rilassamento attivo del PP le ho proposto l'esperienza del grande piede. Per lavorare sull'aspetto della fluidità mi è sembrato utile proporle delle esperienze che la potessero in qualche modo far rilassare e liberare dalle tensioni in eccesso, una di queste è lo sussultare in stazione eretta. Per rendere più sciolta anche la zona del bacino Daniela ha sperimentato il passaggio di carico da seduta da una gamba all'altra immaginando il bacino come un cerchio. La stessa esperienza l'ha provata in stazione eretta.

Infine per aumentare la sua attenzione divisa le ho proposto il gioco del bastoncino.

Osservare ed ascoltare Daniela mi ha permesso di comprendere gli aspetti di difficoltà del suo movimento infatti all'inizio compiva gesti globalmente poco fluidi, aveva difficoltà a lasciarsi andare e le risposte tonali erano poco modulabili.

Talvolta ho notato un allineamento spontaneo particolare di alcuni segmenti che se modificato poteva portare a nuove scoperte. In alcune esperienze si è verificata la difficoltà di percepire e differenziare la tonalità di zone d'ombra molto vicine tra loro come quella tra la zona anale e quella genitale, per venire incontro a questa difficoltà di Daniela le ho proposto la stessa esperienza con la differenza di doversi concentrare soltanto sull'incipit del movimento. Durante i nostri incontri ho utilizzato spesso delle metafore come quella del grande piede e delle immagini mentali come il cerchio al posto del bacino, gli elastici che uniscono mani e bacino, il movimento del bacino a forma di 8. Durante una seduta mi sono accorta che Daniela non riusciva a percepire il suo PP durante lo svolgimento di un'altra attività non strettamente legata al PP, ho quindi introdotto un nuovo esercizio per riuscire a oltrepassare questa difficoltà. Per permettere a Daniela di continuare a scoprire ho lavorato anche su me stessa cercando di capire come modificare il mio linguaggio per farle sperimentare nuove sensazioni (es. appoggia le mani → ascolta con le mani). Ho dovuto anche imparare a riconoscere gli aspetti positivi di alcuni feedback di Daniela che mi sembravano solo negativi (es. sento

il bacino come una tavola che si allarga e si restringe insieme al movimento delle mani). Infine per trovare una collaborazione anche durante la settimana ho eliminato l'idea degli esercizi da eseguire anche da sola, sostituendoli con la richiesta di provare a percepire il PP durante le attività di tutti i giorni.

Grazie all'osservazione ho riscontrato anche le modificazioni che col tempo arrivavano e quindi una fluidità, una concentrazione e una riflessione sempre maggiori. Inoltre dopo qualche tempo Daniela ha iniziato ad usare spontaneamente delle metafore per raccontarmi il suo PP che si stava facendo cosciente.

Quindi tutte le caratteristiche che emergevano nell'intervista di Daniela le ho riscontrate nelle varie esperienze che le ho proposto.

Ho dovuto perciò mettere in atto delle strategie terapeutiche per permetterle di raggiungere un risveglio tonale delle sue zone d'ombra, per farle scoprire le relazioni esistenti tra arti inferiori-PP, tronco-PP, arti superiori-PP, ambiente esterno-PP.

Una prima strategia è stata quella della regressione al primo apparire della sensibilità corporea per riuscire a percepire le zone che in lei erano più in ombra.

Un'altra strategia utilizzata è stata quella dell'alternativa gestuale per permettere a Daniela di confrontare possibilità diverse di compiere lo stesso gesto.

È stato importante incoraggiare Daniela a verbalizzare i vissuti di esperienza per permetterle così di prendere coscienza dei processi di scoperta che stava sperimentando, così come è stato fondamentale non dirle cosa avrebbe dovuto percepire durante il gesto, ma lasciarla libera di sperimentare.

Infine lavorare sul mio approccio verso Daniela (modi, linguaggio, espressioni) e nei confronti delle scoperte che faceva è stato importantissimo per poter proseguire con logica il percorso.

Anche se Daniela non ha completato il suo percorso d'esperienza, il suo risveglio tonale ha compiuto secondo me un bel passo in avanti quando ha definito l'area inferiore del bacino come "fiore che sboccia" dandogli quindi un'accezione positiva di nascita e maturazione. Ho finito il percorso assieme a lei consapevole che le scoperte fatte assieme sono state solo il primo gradino di una lunga scala che spero possa e voglia continuare a salire.

3.4. Esperienza indiretta con Elisa

Elisa soffre di una condizione di ipertensione dello sfintere anale, che si accompagna ad alterazioni vascolari (emorroidi) e tissutali.

Elisa è stata seguita dal relatore nel suo studio e poiché non è stato facile trovare pazienti con problematiche a livello del PP abbiamo deciso di inserire anche questa esperienza terapeutica per ampliare il campo d'azione e non ridurlo ai soli problemi di incontinenza, ma esaminare anche un caso in cui le protagoniste sono la percezione e la regolazione della zona anale.

Partecipando da osservatrice ad una delle sedute di Elisa ho subito potuto notare la differenza di approccio all'esperienza tra lei e Daniela, infatti Elisa è molto attenta e scrupolosa, utilizza un linguaggio molto pertinente e preciso e vive l'esperienza con molta intensità

Il lavoro con Elisa è iniziato dal sentire le variazioni di appoggio perineale utilizzando l'immagine del grande piede in cui piedi e PP fanno parte di un unico grande piede in appoggio al suolo.

È stato poi inserito il respiro in riferimento alle tre aree toniche del fondo del bacino: anale, genitale, basso addome modificando in seguito questa esperienza usando suoni (F; S) che si esprimono come flusso d'aria su un passaggio ristretto comportando una spontanea attivazione tonica nella regione addomino-pelvica di regolazione pressoria.

L'esperienza è quindi volta a un giro di boa passando dalla percezione di superficie nella relazione fra il PP e il supporto tattile alla regolazione tonica con particolare attenzione al problema dell'esclusione dalla coscienza dell'area anale.

Infine Elisa ha sperimentato due possibilità di variazione tonale sequenziale, la prima dal tema del cambiamento di qualità tonale da una fase all'altra, secondo una struttura binaria di variazione e la seconda dal tema della continuità di passaggio tra una fase e l'altra secondo una struttura ternaria di variazione.

Tutte le varie proposte hanno seguito il filo conduttore dato dalla fenomenologia, infatti il terapeuta ha scelto e modificato le esperienze in base alle risposte di Elisa.

Un aspetto che mi ha positivamente colpita è stato il gesto di Elisa durante un momento di difficoltà di scrollarsi via le tensioni per poter finalmente sentire la tonalità anale. Ne sono rimasta ammirata perché questo gesto simboleggia che non si è mai sentita un gradino più basso rispetto a quello del terapeuta e significa anche che quest'ultimo non si è mai relazionato a lei come autorità esperta ma piuttosto come guida e compagno

d'esperienza. Infatti grazie al gesto di Elisa anche lui ha potuto scoprire un aspetto positivo e utile al prosieguo del trattamento.

4. DISCUSSIONE

4.1. Aspetti pedagogici

In questo percorso iniziato a dicembre la mia formazione professionale e personale hanno fatto un salto di qualità secondo me notevole.

Partendo dal fatto che per me quello della fenomenologia, del gesto terapeutico e dell'analisi qualitativa erano mondi sconosciuti e poco esplorati, ho dovuto mettere da parte le paure iniziali e proseguire alla ricerca delle risposte alle mie domande fiduciosa del fatto che alla fine di questo cammino le avrei trovate.

Sono venuta a conoscenza di un universo che spero sarà ancora per poco parallelo a quello che conoscevo già perché se si incrociassero lo renderebbe enormemente più ricco.

Un grande passaggio di crescita personale è stato iniziare a seguire Daniela perché da quel giorno ho capito che ero riuscita a fare miei gli insegnamenti avuti fino a quel momento tanto da poterla accompagnare passo dopo passo nel suo percorso.

Uno dei passaggi più importanti che ho fatto mio per poi spiegarlo anche a Daniela è stato quello dal sentire al situarsi, quest'ultimo è inteso come il gesto che si manifesta come tono di presenza con cui il corpo manifesta una coscienza di sé diffusa per rendersi disponibile però a divenire sede di coscienza focale in alcune circostanze (Migliorino 2010).

Un altro passaggio che ho condiviso esplicitamente con Daniela è stato quello di rendere il PP sempre disponibile alla coscienza e non soltanto nei momenti di sperimentazione ricercando sempre più un'attenzione divisa e cosciente efficace.

Inoltre il modo di interagire con lei durante le varie richieste mettendola in condizione di scoprire e non di ricercare in sé una soluzione data da me, è stato un altro aspetto che ho fatto davvero mio solo grazie all'esperienza condotta insieme a lei.

L'aspetto pedagogico di questo percorso non si è quindi limitato al ricevere nozioni astratte, bensì è arrivato al suo culmine grazie allo scambio e all'interazione con pazienti, fisioterapisti e relatore.

Essendo molto timorosa del rifiuto non avrei mai pensato di riuscire a mettermi in gioco così tanto fino ad ottenere questo risultato. Ho avuto molta paura di non essere all'altezza e di deludere le persone che mi hanno seguita e che contavano su di me, ma soprattutto me stessa.

Oggi però sono grata di tutte le esperienze che in questi mesi mi hanno fatta crescere.

4.2. Analisi del senso che può avere la malattia nella vita del paziente

Ciò che viene meno nell'esperienza di malattia è la possibilità per il corpo di abitare adeguatamente lo spazio proprio (Migliorino 2010).

Vorrei qui soffermarmi su ciò che mi ha colpita dell'esperienza di sofferenza di Daniela. Ha rinunciato a ridere, a svolgere attività che le piacciono e a godersi appieno le emozioni che la vita le regala, Daniela si sente prigioniera del suo problema, non è più libera perché non abita il suo corpo.

La mancanza di libertà e la diversità che si sente cucite addosso sono i due vestiti che rendono rigido e quasi in costante allerta il suo corpo.

Queste situazioni non trovano voce in molti altri pazienti che schiavi della loro malattia cercano di difendersi nel modo che conoscono, ma che spesso porta alla creazione di un circolo vizioso senza fine che a mio parere il terapeuta dovrebbe saper individuare per poter creare insieme al paziente un'esperienza terapeutica efficace.

L'aspetto fondamentale che spesso però viene meno è quello di considerare ogni sfumatura del problema ricordandosi che non siamo macchine montate pezzo per pezzo, ma esseri umani unici in relazione costante con noi stessi e col mondo.

4.3. Il senso del PP come luogo di relazione

Uno degli interrogativi che mi ero posta all'inizio riguardava proprio il capire come fosse possibile riabilitare una parte del corpo sconosciuta alla paziente, la risposta è arrivata spontaneamente quando mi è stato fatto notare come ogni zona del nostro corpo è in comunicazione costante con tutte le altre e con l'ambiente esterno.

Anche se ero a conoscenza dell'anatomia umana e della chinesologia non avevo mai pensato di poter utilizzare una zona così distante dal PP come per esempio i piedi per poterlo percepire. Una volta sperimentato non posso negare l'enorme stupore che io stessa ho provato. Quest'ottica oltre ad avermi aperto gli occhi ha permesso a Daniela di non dare più per scontato il PP ma di integrarlo positivamente nei gesti quotidiani. Capire che il PP entra in relazione con il resto del corpo in tutti i movimenti l'ha resa consapevole del fatto che quella sua zona fino ad ora rimasta in ombra è in realtà viva. "Sento il mio corpo!" l'esclamazione di Elisa all'inizio dell'incontro a cui ho assistito racchiude tutto il senso di questo discorso.

CONCLUSIONI

Il pavimento pelvico è una parte importante di un sistema più ampio con cui è in continua relazione. Poiché è una zona del corpo poco conosciuta e quasi mai presa in considerazione, spesso diventa una zona d'ombra non sempre accessibile alla coscienza. In questo lavoro non ho posto l'accento sul risultato finale del percorso terapeutico ma sul suo processo, per non soffermarmi quindi sul trattamento mirato alla guarigione ma all'esplorazione del corpo che si fa sentire.

Nella nuova prospettiva di pensiero in cui mi sono imbattuta ho riscontrato una valida strategia per affrontare i quesiti iniziali di questa tesi.

La stesura di queste pagine è stata un percorso formativo che mi ha resa consapevole di come si possa riabilitare anche una regione corporea complessa come quella del pavimento pelvico ovviando al problema dell'invasione dell'intimità fisica della paziente e creando un percorso di esperienza più completo che pone la Persona al primo posto e mette in risalto tutti gli aspetti dell'area problematica.

Posso dire di essere passata anch'io dall'ombra alla luce.

BIBLIOGRAFIA

1. Ceruti M. (2009), “*Il vincolo e la possibilità*”, Raffaello Cortina Editore, Milano.
2. Eliasson K. (2008), “*Urinary incontinence in women with low back pain*”, Manual Therapy, Vol 13, pag 206–212.
3. Gallagher S. et Zahavi D. (2009), “*La mente fenomenologica*”, Raffaello Cortina Editore, Milano.
4. Hung H. (2010), “*An alternative intervention for urinary incontinence: Retraining diaphragmatic, deep abdominal and pelvic floor muscle coordinated function*”, Manual Therapy, Vol 15, pag 273–279.
5. Migliorino N. (2010), “*Il gesto terapeutico. Forma e Contatto*”, Franco Angeli, Milano.
6. Pinto R. (2008), “*Bilateral and unilateral increases in calcaneal eversion affect pelvic alignment in standing position*”, Manual Therapy, Vol 13, pag 513–519.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutata nella realizzazione della mia tesi.

Ringrazio innanzitutto Natale che mi ha accolta, consigliata e guidata sempre con generosità e pazienza. Senza di lui questa tesi non esisterebbe.

Proseguo con Daniela che mi ha aperto le porte di casa sua lasciandomi entrare nel suo mondo e mostrandomi la sua sofferenza per compiere insieme un pezzo importante di questo percorso.

Ringrazio la mia famiglia ed in particolare mamma ed Alberto che sono i pilastri della mia vita. Senza di loro non sarei arrivata fino a qui.

Ringrazio i miei amici più cari Elisa, Elisa, Gloria, Silvia e Luca che hanno sempre creduto in me e che nonostante le distanze sono sempre stati presenti.

E infine vorrei ringraziare lui, Stefano, per ultimo non perché sia il meno importante ma perché per ringraziarlo non basterebbe una vita intera. Da quando mi ha stretto per la prima volta la mano non l'ha più lasciata decidendo di superare con me tutti i momenti più difficili di questo cammino.