

**SCUOLA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA  
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

a.a. 2006/07

Enuresi

**Dott.ssa Cinzia Salerno**

## Premessa

*“Dott.ssa Cinzia....Salerno? sono X.Y., collega di XX, ti chiamavo per chiedere un appuntamento per parlare di mio figlio che ha 7 anni e fa la pipì a letto di notte e non ha mai smesso...” ( madre di W. prima telefonata).*

Quando ricevo questa richiesta di consulenza, mi accorgo di conoscere solo nelle linee generali il problema dell'enuresi. Fin da subito avverto il bisogno di approfondire l'argomento per poter circoscrivere le aree da monitorare e, se non altro, avere un quadro di riferimento mentale pur restando aperta a raccogliere qualsiasi informazione utile.

La mia ricerca in letteratura mi porta a scontrarmi con la difficoltà di trovare materiale che vada al di là della semplice classificazione e che possa aiutarmi ad individuare i nuclei dinamici sottostanti e ad evidenziare il ruolo dei fattori psicologico relazionali coinvolti e determinanti.

Di qui, nasce quindi la mia necessità e il mio desiderio di dedicare uno spazio ed un tempo per un approfondimento sull'argomento, per quella parte di me che ancora aspetta di conoscere W., bambino di 7 anni affetto da enuresi notturna, mai arrivato nel mio studio e di cui ancora mi chiedo “come sta”.

Integrerò così i dati presenti in letteratura attingendo dal contributo teorico e clinico tratto dalla mia formazione presso il c.i.ps.ps.i.a.

## Una definizione di Enuresi

In letteratura molto è lo spazio dedicato alla definizione di enuresi. In linea di massima, i principali manuali diagnostici (DSM IV, ICD 10) e i dizionari di psicologia, i trattati di psichiatria e di psicopatologia dell'infanzia<sup>1</sup> sono concordi nel definire **l'enuresi come una perdita involontaria ed incontrollata di urina che prescinde da lesioni dell'apparato urinario e si mantiene dopo il terzo anno di vita**, periodo di acquisizione dell'autoregolazione dello sfintere urinario grazie alla maturazione neurofisiologica dell'apparato. Tuttavia, l'ICD 10 sottolinea che non esiste una distinzione netta tra l'enuresi e le variazioni normali nell'età di acquisizione del controllo vescicale, per cui l'enuresi non dovrebbe essere diagnosticata in un bambino al di sotto dei cinque anni. In questo senso, credo sia importante evidenziare la necessità di lasciare al bambino la libertà di ricercare il suo proprio ritmo: dice Lacassie “Io non ho mai visto sopravvenire delle anomalie della funzione sfinterica nelle centinaia di casi in cui la madre ha voluto ignorare la puericoltura di massa, per rimettersi alla osservazione attenta del suo solo rampollo”<sup>2</sup>.

La minzione, a volte, viene raggiunta prima del compimento dei 3 anni: in questi casi, è importante tenere presente che si tratta comunque di un'anticipazione che riguarda non solo la prontezza fisiologica del bambino ma soprattutto, quella emotivo/affettiva che avrà ripercussioni sull'evoluzione psicologica del bambino stesso.<sup>3</sup>

*“La madre mi racconta che W. non ha mai smesso di fare la pipì a letto: «il pediatra ci ha detto di non preoccuparci perché è normale che prima avrebbe controllato la pipì di giorno e poi di notte...che è un passaggio naturale... ma questo non è mai avvenuto...» chiedo com'è andata invece nell'acquisizione del controllo diurno e la madre mi risponde «E' andata subito molto bene anzi, ha tolto il pannolino anche molto presto rispetto alla media, intorno ai 2 anni e 1 mese: eravamo al mare e W. ha chiesto di togliere il pannolino...sa, al mare con la sabbia, gli dava fastidio... così abbiamo provato a non metterglielo più ed è andata molto bene.. la tratteneva subito la pipì!» esclama compiaciuta la madre.”(genitori di W., 1° colloquio)*

---

<sup>1</sup> De Ajuriaguerra J., Marcelli D., Psicopatologia del bambino, Masson, Milano, 1986.

Galimberti U., Dizionario di psicologia, UTET, Torino, 1994;

Harrè R., Lamb R., Mecacci L.(a cura di), Dizionario di psicologia e psicoanalisi (A-K), Edizioni Laterza, Roma 1986; Lebovici S., Diatkine R., Soulè M., Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (vol. 2), Borla, Roma, 1990.

<sup>2</sup> Melorio E., Spiazzi R., Il comportamento enuretico del bambino e dell'adulto, Martello Editore, Milano, 1973.

<sup>3</sup>Fornari F., Psicoanalisi e psicologia medica, Edizioni Claire,Milano, 1984.

I bambini come W. sono bambini indotti, spinti in avanti, come afferma Crocetti evidenziando l'importanza che questa esigenza di spinta nei genitori assume sul sintomo.<sup>4</sup>

Una distinzione importante condivisa in letteratura considera diverse tipologie di enuresi:

- a. Enuresi **primaria**: quando il controllo della minzione non è mai stato acquisito;
- b. Enuresi **secondaria**: compare dopo un intervallo più o meno lungo, in cui il bambino ha acquisito il controllo, a seguito di un evento scatenante.

A sua volta, l'enuresi primaria o secondaria, può essere **diurna, notturna o mista** (diurna e notturna).

A differenza dell'enuresi primaria, in cui non è mai avvenuta una soluzione della minzione involontaria, l'enuresi secondaria insorge dopo un periodo di acquisizione del controllo della stessa, a causa di un evento: “[...] l'incontro tra una certa situazione ambientale a forte risonanza emotiva per il soggetto ed un certo terreno psicologico e psicosomatico” (Melario, Spiazzi, citato). Tra queste situazioni troviamo separazioni dei genitori, abbandoni o nascita di un fratellino.

Crocetti sostiene che la rivalità fraterna non riguarda i bambini ma i genitori, ed è una delle condotte maltrattanti di provenienza genitoriale, perché i bambini non sono stati sufficientemente preparati: c'è tutto un percorso di mediazione che riguarda la presentazione del nuovo nato attraverso l'attivazione nella vita di fantasia che deve avvenire durante il percorso della gravidanza, e non nel momento in cui nasce il fratellino.

*“...mentre rimando ai genitori il legame tra le fatiche di W. e l'arrivo del fratellino, cercando di evidenziare i vissuti emotivi del bambino e porli in contatto con essi, il padre di W. commenta: «sì, però W. non ha mai smesso di fare la pipì a letto ed è un problema che c'era già da prima, quando ancora non sapevamo di aspettare un altro bambino...» rispondo loro «beh, ma un bambino non arriva in una casa, in una famiglia all'improvviso... quando nasce o quando inizia a vedersi il pancione...un bambino esiste già nel progetto, nel desiderio di coppia di generare un altro bambino... e questo W. lo ha sentito...ed ha costituito per lui un ulteriore carico per il suo stato emotivo pregresso...» i genitori restano in silenzio e mi guardano sbigottiti...poi spostano lo sguardo, riflessivi...” (genitori di W, 2° colloquio).*

## Aspetti psicodinamici

Nella ricerca di materiale sull'argomento, molti dei manuali nominati si limitano a dare una descrizione del fenomeno, senza addentrarsi nelle dinamiche che sottostanno al sintomo.

Solo alcuni testi ad impostazione dinamica pongono in evidenza elementi salienti che orientano la riflessione sul significato del sintomo enuretico.

Il controllo sfinterico non è innato ma si organizza nel tempo e può essere considerato acquisito quando è diventato quasi automatico e libero da qualsiasi elemento conflittuale. La maturazione neurologica ne è la base organica, necessaria ma non sufficiente. Questo fattore dà la possibilità al bambino di un apprendimento che non può essere concepito come un semplice condizionamento: intervengono, infatti, alcuni fattori affettivi principali centrati da una parte sull'investimento del bambino nel controllo dei propri sfinteri, dall'altra sul tipo di relazione con l'ambiente, dal momento che le condotte sfinteriche assumono un senso nella comunicazione con l'altro.

Secondo Crocetti, una volta esclusi gli aspetti organici, le cause dinamiche possono essere rintracciate all'interno di 3 grandi categorie:

1. **Condotte di tipo simbolico**: il bambino sarà caratterizzato da *infantilismo affettivo* dovuto a *situazioni di abbandono* che inducono in lui sentimenti di insicurezza e di autosvalutazione. Un esempio utile potrebbe essere la situazione prima citata, dell'arrivo di un fratellino: una condotta di umiliazione potrebbe manifestarsi con una chiara preferenza, o comunque con una accentuazione dell'impegno affettivo ed emotivo, che la mamma o il papà esprime nei confronti del nuovo nato e con la contestuale non puntuale e adeguata attenzione ai bisogni

---

<sup>4</sup> Crocetti G., *Lezioni di teoria della clinica e della tecnica psicoanalitica infantile*, C.i.ps.ps.i.a., a.a. 2007

del primogenito. Una coppia sana prepara il primo nato all'arrivo del fratellino coinvolgendolo, parlandogli, facendolo partecipe dei vari momenti in cui la gravidanza si sostanzializza (i 9 mesi). Il primo nato, così, viene reso partecipe di quello che sta accadendo nella pancia della mamma e di quello che accadrà da lì a qualche tempo e accompagna anche la scelta degli oggetti che viene, quindi, condivisa.

In tutto ciò non trascurando i sentimenti di solito normalmente ambivalenti che nel primo figlio insorgono via via (attesa positiva, alternata a timori di perdere l'interesse di genitori).

Alla nascita del secondo bambino, una mamma e un papà attenti daranno tutta l'attenzione di cui il nuovo nato ha bisogno ma, nello stesso tempo, riserveranno uno spazio di attenzione anche al primo bambino, ed alle sue reazioni emotive. Se questo spazio e tempo di attenzione non c'è, perché la coppia genitoriale è tutta presa dal neonato e a celebrare solo lui, cominciano ad esserci delle spinte in avanti del tipo "adesso sei grande": queste condotte possono veicolare anche un'esperienza di umiliazione.

La restituzione delle angosce collegate può avvenire attraverso il sintomo enuretico, che coniuga insieme l'esigenza di autopunirsi perché "non sono più così bello e bravo per mamma e papà", con l'esigenza di tenere sotto controllo le angosce collegate ad esperienze di umiliazione che il bambino ha subito.

*L'infantilismo affettivo* può essere dovuto anche a *situazioni di dipendenza o iperprotezione*: si tratta di situazioni in cui il bambino è indotto alla passività, che viene poi espletata attraverso il sintomo. L'iperprotezione è sempre un rifiuto mascherato.

*«chiedo ai genitori di esplorare insieme le tappe evolutive di W.; dopo essersi consultati su chi dovesse cominciare, il padre mi racconta che è andato al nido ma è stato più il tempo che era malato che non quello di frequenza; chiedo l'età e la madre mi risponde 16 mesi. Poi s'intervallano nel raccontarmi che il bambino è stato sempre malato: 2-3 giorni e si ammalava di nuovo; così, sotto consiglio delle educatrici, hanno tenuto a casa W. per la nanna ma comunque si ammalava. Il secondo anno è ricominciato lo stesso trend: 2-3 giorni al nido e 20 a casa... «così lo abbiamo ritirato ed affidato ai nonni...anche alla materna il percorso è stato simile: ha frequentato un po' più del nido e per tutti e 3 gli anni ma sempre con molta fatica per le malattie»( genitori di W., 1° colloquio)*

*«...Entriamo nell'argomento lettone: i genitori mi raccontano «lo chiamavamo Bambino Boomerang perché si addormentava con noi nel lettone poi, come lo portavamo a letto, tempo tecnico e tornava indietro con in una mano il biberon, nell'altra il suo pupazzo preferito; poggiava il biberon sul comodino, lanciava il pupazzo nel mezzo, scavalcava il padre e s'infilava in mezzo a noi» poi la madre aggiunge «Io non avrei problemi se dormisse con noi, ma lui (il padre) non vuole... certo non è che poi non viene da me, quando non c'è lui, dorme con me... però non mi cerca...»(genitori di W., 1° colloquio.)*

2. **Area della reattività:** si tratta di situazioni di conflitto affettivo nella coppia o tra i genitori e il figlio che determinano nel bambino sentimenti d'inferiorità o di colpa, o di una reazione come protesta in risposta ad una situazione frustrante.

*«Mi accennano a delle sgridate così chiedo loro degli esempi: il padre sottolinea «Non l'abbiamo mai picchiato! Abbiamo diversi amici che, quando scappa la pazienza parte anche uno scappellotto ma noi no!..Però l'abbiamo sempre punito: quando non ubbidisce o fa qualcosa che non va lo privo di un gioco che gli piace o lo mando nell'angolino, faccia al muro a riflettere...» la madre interviene, ammettendo «Beh, io invece, lo sgrido...urlo...anche se so che non dovrei farlo per non colpevolizzarlo...»*

3. **Area della funzione sostitutiva compensativa:** o del piacere erotico come godimento che il bambino trae da sensazioni di calore e contatto.

*“«...Si figuri che alcune notti abbiamo dovuto cambiarlo 3 volte! » Dice la madre, raccontandomi che si alzavano a controllarlo e lo trovavano sempre bagnato... poi si chiede «Ma non sente che è bagnato? Non prova fastidio?...io lo cambio perché non senta freddo e non si ammali ma lui mi dice che sta bene...sembra gli piaccia..»”*

Sul piano libidico, la minzione diventa fonte di piacere: Freud ha descritto il valore erotico delle sensazioni provate dal bambino sia per lo stato di decontrazione dello sfintere vescicale sia per il contatto pelle-urina. Per il bambino, quindi, l'inibizione della minzione rappresenta la rinuncia ad un piacere che avviene non senza conflitti che saranno tanto meglio risolti quanto più le richieste dell'ambiente si adattano alle possibilità del bambino. La carenza affettiva, quindi, ovvero la mancanza di validi rapporti affettivi tra il bambino e la madre, o meglio la coppia madre (Crocetti, 2007) può essere considerata come una causa importante dell'enuresi.

L'acquisizione del controllo sfinterico avviene in un contesto in cui il bambino considera i suoi prodotti (urina e feci) come una sorta di dono, una parte di sé che regala all'altro ed è quindi molto valorizzata e connotata di attenzione. E' proprio su questi prodotti che la coppia madre andrà ad esercitare delle richieste: la nuova padronanza del proprio corpo procura al bambino una felicità rinforzata dalla soddisfazione genitoriale. La natura dell'investimento di questa funzione di ritenzione-espulsione, prevalentemente libidico o aggressivo, dipende dal tipo di relazione tra coppia madre e bambino: essa può manifestarsi come esigenza imperiosa che toglie al bambino una parte del suo corpo e riceve le sue urina e le sue feci con una maschera di disgusto; oppure, in altre situazioni, come soddisfazione della coppia madre nel vedere il proprio bambino crescere ed autonomizzarsi in queste condotte quotidiane e riceve i suoi prodotti con piacere.

Anche le richieste del controllo sfinterico della vescica, possono essere veicolate con modalità, gesti, attitudini che possono essere offensive per il bambino: *“Ma come hai tre anni e ancora te la fai sotto?!”* per cui la stessa minzione può essere fatta oggetto di un'induzione di un'esperienza di umiliazione.

### **Meccanismo dinamico dell'enuresi:**

Secondo Crocetti, il nucleo dinamico del sintomo è da ricercare in una condotta di autocastigo che il bambino si infligge e mediante la quale cerca di controllare, fino ad annullare per spostamento, l'ansia e l'angoscia dovute alle esperienze di umiliazione subite.

Si è a contatto con un profondo senso di vergogna che non appartiene solo al bambino ma anche alla coppia genitoriale: l'enuresi infatti, restituisce sempre l'umiliazione che il bambino ha subito alla coppia che, a sua volta, si vergogna perché l'enuresi è un attacco che produce umiliazione.

Non dobbiamo pensare necessariamente a catastrofi ma ad *atteggiamenti costantemente ribaditi anche banali che veicolano un rifiuto o una svalutazione che si traduce nel bambino in un'esperienza di umiliazione o di mortificazione.*

L'*umiliazione* è un'esperienza che attiene all'area del sé, delle sensazioni e degli affetti sgradevoli.

La *mortificazione*, invece, è un'esperienza che attiene alla funzione egoica: è l'io che è mortificato.

Sia l'una che l'altra mettono insieme esperienze di vergogna, e se entrambe sono attive la *vergogna* diventa profonda, devastante e produce sintomi.

*“La madre continua a descrivere un'immagine di W. come un bambino tranquillo «Dove lo metti sta... non si è mai opposto più di tanto» ed il padre ribadisce fieramente che comunque, loro hanno sempre usato le punizioni «Quando W. non ubbidisce lo mettiamo in un angolino, faccia al muro a riflettere...in effetti, ultimamente cerca di ribellarsi ma io mi piantano dietro di lui finché non capisce che deve stare lì, deve accettare » poi continua nella descrizione: «Di solito, per punirlo scelgo di proibirgli dei giochi che gli*

*piacciono molto perché la punizione deve essere qualcosa che priva, che colpisce altrimenti non ha senso... e se lui mi dice che non è giusto io gli rispondo che lo è perché io sono il padre e lui il figlio, quindi deve fare così».* (genitori di W., 2° colloquio)

I bambini che hanno subito umiliazione si sentono in colpa e sviluppano l'enuresi come autocastigo ma non si angosciano, piuttosto si vergognano e inducono vergogna nei genitori.

*“La madre di W. mi sta raccontando che alla fine dei loro vari tentativi sono tornati a mettere di nuovo il pannolino di notte e poi mi dice «solo che adesso anche W. ne soffre perché ad esempio gli è capitato di essere invitato a dormire da un suo caro amichetto e lui ha risposto di no, spiegandoci successivamente che si vergogna del pannolino che solo lui indossa a 7 anni... »* (madre di W., 2° colloquio).

L'enuretico gestisce con difficoltà la propria aggressività: è attraverso il sintomo che la agisce, manifestando un atto oppositivo e sadicizzando la relazione con la coppia genitoriale da cui ha ricevuto l'umiliazione. L'enuresi permette da un lato di esprimere l'aggressività, dall'altro di rafforzare la dipendenza.

*“La mamma afferma che adesso è diventato un problema anche sociale per W.: «l'altro giorno mi ha detto «Mamma ma secondo te ci sono altri bambini come me che portano ancora il pannolino?» le chiedo cosa gli ha risposto e lei mi dice «Gli ho detto che secondo me sì, che ogni bambino cresce con i suoi tempi e non tutti in modo uguale... e gli ho portato l'esempio di una sua compagna a cui è recentemente capitato di farsi la pipì addosso...» alla fine conclude dicendogli «Puoi ancora crescere e smettere di fare la pipì.»* (madre di W., 1° colloquio)

*“La madre di W. mi racconta: «Siamo andati dall'oculista per un controllo perché in questo mese W. ha messo gli occhialini... c'è pure questa!...e mentre stavamo salendo lui mi ha detto Mamma, io voglio restare sempre così: piccolo e con gli occhialini...».* (madre di W., 2° colloquio).

L'aggressività, talvolta, può esprimersi in maniera franca nel bambino “piantagrane” o “caratteriotopatico” andando al di là del sintomo e toccando numerosi settori della vita<sup>5</sup>. Secondo M. Klein<sup>6</sup> la tendenza sadica più strettamente associata al sadismo orale è il **sadismo uretrale**: le fantasie infantili di distruggere allagando, affogando, inzuppando, bruciando e avvelenando mediante enormi quantità di urina, costituiscono una reazione sadica alla privazione di liquido che la madre ha fatto *subire* al bambino e, in ultima analisi, sono dirette contro il seno materno frustrante (noi diremmo contro la coppia madre che umilia deprivando affettivamente). Le fantasie di allagare e distruggere le cose mediante l'urina e il rapporto tra il giocare col fuoco e bagnare il letto, sono segni palesi e poco rimossi delle pulsioni istintive che sottendono la funzione dell'urinare. La Klein sottolinea come le analisi di adulti e bambini mostrino fantasie in cui si immagina che l'urina sia un liquido caustico, dissolvente, corrosivo e un veleno segreto ed insidioso. Queste fantasie contribuiscono a suo avviso, nel maschio, a conferire al pene il significato inconscio di strumento di crudeltà e nel determinare conseguenti disturbi della potenza sessuale.

## **Incidenza familiare**

*“Parlandone con il pediatra ci ha detto che è un fattore ereditario ma che si risolverà in modo naturale...”* (madre di W., 1° colloquio)

---

<sup>5</sup> Lebovici S., Diatkine R., Soulè M., Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (vol. 2), Borla, Roma, 1990, pag. 532.

<sup>6</sup> Klein M., La psicoanalisi dei bambini, Martinelli Editore, Firenze, 1970.

In letteratura, è indicato sotto il fattore dell'incidenza familiare, la caratteristica di ereditarietà del sintomo enuretico riportando, a dimostrazione, diversi studi che segnalerebbero l'alta frequenza del sintomo nella famiglia dell'enuretico. A questo proposito, mi sento concorde con gli autori (Lebovici S., Diatkine R., Soulè M., citati) che affermano "A noi sembra piuttosto testimoniare la sovradeterminazione di origine familiare nella scelta del sintomo". Più avanti, nel testo, affermeranno "Il bambino reale [...] fin dalla nascita [...] se sorprende la madre e il padre è proprio per i suoi escrementi e la sua pipì, non controllati e non idealizzabili. Egli pone i genitori a confronto con le proprie tendenze regressive, con il ritorno di elementi erotici pregenitali, rimossi da molto tempo, con la necessità, nel corso del lento accesso del loro bambino alla pulizia, di vivere e di rielaborare tale materiale affettivo. Il modo in cui lo fanno passa nel loro atteggiamento nei riguardi del bambino che, a suo modo, coglie molto presto il loro disgusto o il loro piacere e, a poco a poco, le loro esigenze".

In altre parole, le aree di fragilità personali, di origine infantile, non elaborate dai genitori, rendono i genitori stessi più sensibili, vulnerabili in riferimento alle esperienze dei figli sulle stesse aree e facilmente le condizionano in modo non facilitante, bensì le sovraccaricano delle proprie tensioni ed angosce-spesso rabbiose.

## **Decorso e prognosi**

Un altro elemento sottolineato in letteratura riguarda proprio il decorso e la prognosi dell'enuresi: essa è ritenuta, nella maggioranza dei casi, una affezione benigna che regredisce e scompare con il compiersi della pubertà (prima del 15° anno d'età).

Val la pena, come suggerisce Crocetti, interrogarsi sul perché scompare. Egli rintraccia il motivo nello spostamento del sintomo: con la pubertà l'esigenza di esprimere le esperienze di umiliazione interessano la persona nel suo insieme, non più solo l'area genitale, anche perché con la sessualizzazione del corpo, con l'assunzione della consapevolezza del proprio corpo sessuato, i genitali diventano non più luogo attraverso cui si scaricano tensioni incluse quelle legate e scaricate attraverso l'enuresi ma luogo di investimento in cui si gioca la propria identità. Con la comparsa della piena consapevolezza dell'appartenenza al proprio corpo sessuato, i genitali acquistano un ruolo e una funzione propria specifica, luogo della pulsione e del desiderio erotico rivolto a una persona dell'altro sesso; non sono più una parte del corpo attraverso cui vengono scaricate, veicolate tensioni.

Nelle età precedenti, infatti, a volte ritroviamo, anche in bambini molto piccoli, condotte masturbatorie, condotte di sfregamento, arrivando a volte anche a ferirsi, scatenando le fantasie più strane negli adulti che trovano ad esempio delle goccioline di sangue sulle mutandine del bambino.

Si tratta di bambini che si fanno male ai genitali ma attraverso quel dolore si liberano di angosce disgreganti, terribili, proprio attivando un dolore in quella parte del corpo che è il luogo della diversità, della differenza assoluta per cui sono un bambino o sono una bambina, proprio in quanto portatore di genitali di un certo tipo. I bambini possono arrivare ad attaccare i propri genitali a ferirsi, proprio per comunicare all'ambiente la presenza di angosce disgreganti che attaccano la identità, la integrità psicofisica.

Dalla pubertà in poi i genitali perdono questa funzione centrale, anche se va detto che l'area del desiderio potrà comunque essere disturbata dal pregresso investimento di angosce sui genitali (es impotenza maschile, frigidità o sessualità marcatamente fallica nella donna).

## **Trattamento**

"Il trattamento dell'enuresi si giustifica solo se si considera come aiuto ad un bambino in difficoltà in un insieme familiare" (Lebovici S., Diatkine R., Soulè M., citati). La proposta del terapeuta implica la rinuncia, da parte del bambino, ad un comportamento fonte di soddisfazioni regressive e la modificazione di un certo tipo di scambi all'interno della famiglia. La presa in carico implica,

perciò, la considerazione del valore economico del sintomo per la famiglia e per il bambino, attraverso la comprensione del funzionamento di ciascuno e nelle interazioni ed il primo obiettivo sarà proprio diventare alleati.

Ciò richiede l'abbandono di ogni posizione sadica sollecitata dall'autopunizione abituale di questi bambini.

Crocetti parla di una fase iniziale in cui bisogna svuotare il sintomo, allentare tutte le tensioni che vengono portate sul bambino e tranquillizzare i genitori. E' importante lavorare sulle loro angosce e sulle loro ansie, lasciando che, contemporaneamente, il bambino poi faccia il suo percorso. Di solito, infatti, un bambino che viene svincolato da un contesto genitoriale oppressivo, richiestivo, facilmente recupera la capacità di autogestione.

I genitori devono essere aiutati ad allentare la tensione e a capire il significato dinamico del sintomo: è importante presentarlo loro, ricontestualizzandolo nell'esperienza specifica, nell'esperienza profonda della relazione coppia madre e bambino, perché è lì che va cercata l'esperienza di umiliazione o di mortificazione che il bambino ha subito. Di qui, poi, si aiuteranno i genitori ad evitare atteggiamenti aggressivi, di rifiuto, di svalutazione costante, oppure quelle forme alternative, compensatorie o le forme di ricatto. Tutte queste forme hanno l'effetto contrario in quanto bloccano il bambino nel sintomo.

Solo successivamente, ci si muoverà per aiutare il bambino ad uscire da questa esperienza di mortificazione e di umiliazione: attraverso il gioco e la relazione con un altro adulto che lo rispetta, lo accetta e lo rispecchia nei suoi vissuti emotivi, il bambino potrà superare le esperienze di umiliazione subite.

I giochi rappresentativi sono estremamente utili in questo senso perché aiutano il bambino a veicolare nella rappresentazione quelle parti di umiliazione, di sadismo che ha subito.

## **Antichi e moderni metodi di trattamento**

Melorio e Spiazzi (citati) descrivono alcuni rimedi antichi usati nel trattamento dell'enuresi ritenuti come sfocianti nel folklore locale e nelle pratiche magiche: esorcizzare i bambini dagli spiriti maligni, creare un amuleto ottenuto facendo seccare un rospo al sole o in forno e poi portarlo al collo, far dormire i bambini su un pagliericcio riempito di felci maschie, strofinare con le ortiche i reni dei fanciulli affetti da enuresi.

Gli autori riprendono un commento chiedendosi se questi metodi non corrispondano ad un certo spirito di vendetta nei riguardi del fanciullo che, per la sua enuresi, incomoda tutto l'ambiente familiare. Più avanti, rintracciano poi un certo legame con atteggiamenti che, anche se non così barbarici, costituiscono a tutt'oggi (1973), l'atteggiamento educativo rivolto al comportamento enuretico: minacce, intimidazioni.

Sulla scia di queste considerazioni, si può affermare che ancora oggi, si possono rintracciare misure generali consigliate nel trattamento dell'enuresi che si legano a condotte sadiche:

- **Metodi di risveglio notturno** consigliati ai genitori per rispondere alla loro esigenza di evitare l'inondazione. Così facendo, favoriscono la passività del bambino nei confronti del sintomo, tanto più che questi può lottare contro il risveglio, urinare mezzo addormentato e ritornare a dormire senza essere per nulla coinvolto.
- La **Tecnica del Riflesso Condizionato** è il meccanismo che si basa sull'esistenza di una connessione tra il sistema nervoso e la vescica: quando quest'ultima raggiunge il suo limite massimo di capacità produce uno stimolo nervoso che determina il risveglio e la contrazione dello sfintere vescicale. Nelle persone enuretiche questa funzione è molto debole. Si tratta di un apparecchio che si propone di rinforzare la risposta condizionata del soggetto svegliandolo appena emette le prime gocce di urina.



Infatti appena l'urina raggiunge il sensore la sveglietta entra in funzione emettendo un segnale acustico che desta il soggetto il quale istantaneamente arresta la minzione. Il “**PIPI'-DRIN**” e' atto quindi a rinforzare il riflesso condizionato e si pone l'obiettivo in breve tempo di sviluppare un efficace controllo sullo sfintere vescicale.

- **Tecniche di rinforzo** che consistono nell'adibire una scaletta di premi sulla scia del “Se la fai, ti regalo/compro questo...”
- **Ritualizzazione coercitiva** ovvero elaborazione di schemi rigidi con una tempistica assolutamente non flessibile (ad esempio sul vasino ogni ora...)
- **Spray ormonali o interventi chirurgici effettuati su una presunta fimosi** a volte, non così giustificata da motivare un intervento.

*“Mi parlano della loro relazione con il pediatra che definiscono come «persona spicciola, concreta» e del loro affidarsi a lui per la preoccupazione della difficoltà con la pipì di W. La madre mi racconta che il pediatra gli ha anche consigliato uno spray ormonale che l'avrebbe stimolato ma che non gli ha ancora prescritto perché con i bambini così piccoli ritiene sia meglio evitare ed aspettare ancora un po'. Poi aggiunge «Abbiamo usato anche un'altra strategia legata al fatto che il pediatra, quando W. era piccolo, non gli aveva aperto il pisellino, quindi l'abbiamo fatto adesso e c'è stato un periodo in cui W. non riusciva a fare pipì, aveva paura perché quando le gocce toccavano lì gli bruciava e quindi la tratteneva. Noi gli consigliavamo di farla tutta veloce per sentire meno dolore e tra noi pensavamo che sarebbe stata la volta buona per smettere di notte visto che, confrontandoci con amici, il figlio, avendo avuto la varicella e le pustole sul pisellino, da quel momento aveva smesso di fare la pipì a letto e ha cominciato nel Wc....con W. non ha funzionato neanche questo!»”.*  
(madre di W., 2° colloquio).

La messa in atto di questi metodi è giustificata dal fatto che le statistiche mostrano una buona percentuale di casi di guarigione o, per meglio dire, sulla scia della posizione di Crocetti, della sparizione del sintomo magari per semplice spostamento: non c'è dubbio che, in questi casi, essa sia stata ottenuta non senza danni all'equilibrio emotivo.

In questo senso credo sia essenziale il concetto di **trauma cumulativo** introdotto da Khan<sup>7</sup> che si presenta come la conseguenza di piccoli eventi, anche banali, che di per sé non avrebbero prodotto un trauma ma sommati producono l'effetto cumulativo attuale. Khan afferma che se i fallimenti parziali della madre come “scudo protettivo” nella fase preverbale sono troppo frequenti, essi causano “urti” sullo psico-soma del bambino. Tale trauma cumulativo si manifesterà sull'Io corporeo nella prima e seconda infanzia.

Potremmo pensare che i risultati positivi di questi procedimenti (Melario, Spiazzi citati) possano essere legati al traumatismo, sia fisico che psichico, inerente all'intervento e che il trauma stesso trovi espressione attraverso una via alternativa.

## Considerazioni finali

Alla luce dell'approfondimento dell'enuresi, nelle sue complesse e profonde dinamiche, radicate nella relazione arcaica tra coppiamadre e bambino, non posso più stupirmi dell'ultima battuta con cui la madre di W. ha posto fine al lavoro che avevamo appena cominciato a tracciare insieme, in un progetto che prevedeva l'incontro con W., solo dopo il passaggio del periodo estivo:

*“Nel corso del colloquio vagliamo insieme le modalità attuate nella relazione con W. nelle ultime 3 settimane, periodo intercorso dal nostro ultimo colloquio. Il padre mi racconta quello che è accaduto rappresentandomi una vera e propria inversione di marcia rispetto al nostro accordo di non togliere per ora il pannolino e lavorare invece sull'alleviare le tensioni emotive e limitare atteggiamenti di punizione troppo massivi ed emotivamente opprimenti e limitanti per il proprio bambino, nonché atteggiamenti e pratiche che non favoriscono la separazione/individuazione. Rimando loro questa mia considerazione e parliamo di ciò*

---

<sup>7</sup> Khan M. M. R. (1963) Il concetto di trauma cumulativo. In: Lo spazio privato del Sé, Bollati Boringhieri, Torino, 1979.

*che hanno provato e che li ha spinti ad agire diversamente rispetto alle valutazioni fatte insieme. Restano però molto sul concreto e collocano la loro difficoltà su W. che, secondo loro, mostrava una fatica immensa a dormire nel suo lettino e a tollerare il sintomo enuretico. Cerco quindi di motivarli, di spronarli nel continuare a 'tenere' il loro bambino, esplorando insieme nuovamente le dinamiche evidenziate. Al momento del saluto e di fissare la data del nostro prossimo incontro, la madre di W. mi dice «Sì, però io non voglio una data fissa. Io vorrei prendermi una pausa, un po' di tempo per pensarci e poi magari riparlare più in là.» le chiedo allora come mai e lei ribadisce il suo bisogno di fare una pausa e di avere del tempo per vedere W. alla luce di quello che ci siamo detti. Chiedo allora alla signora «Non pensa che questa pausa possa essere legata in qualche modo al percorso che abbiamo intrapreso?» lei mi guarda perplessa e con occhio interrogativo e dopo un po' di silenzio, mi chiede «In che senso?» le rimando l'idea di un percorso che comunque implica fatica e coinvolgimento emotivo anche per loro e che questo possa muovere dentro paure e dubbi legittimi ma che, se non visti, possono portare a desideri di pause...un po' per scappare...la signora ci pensa un attimo poi d'improvviso, alza il viso e dice «Sì ma io voglio proprio fermarmi, non voglio prendere ora un impegno fisso... anche perché continuo a pensare che il problema di W. sia un problema fisico...per cui la richiamerò io ma ora non voglio fissare una data». Sentendola molto rigida ed affannata nel pretendere il suo potere decisionale, la rassicuro dicendole che se non vogliono, io non li forzerò a far nulla ma che sentivo come mio dovere etico e professionale, rimandare loro lo stretto legame con il problema per cui mi hanno consultata e sottolineare l'importanza di un intervento tempestivo per W.».(genitori di W., 4° colloquio)*

La telefonata della signora non è più arrivata, come immaginavo: probabilmente quei piccoli e leggeri movimenti prodotti dalle prime riflessioni fatte insieme avevano già provocato forti scossoni negli equilibri di questa famiglia ed, in particolare, di questa mamma. Gli elementi emersi nel corso dei quattro colloqui tracciavano già un quadro fortemente rischioso per l'equilibrio psico-fisico di W. e, proprio per questo, continuo a chiedermi come stia fronteggiando adesso le sue fatiche, accompagnata da una grande tristezza.