

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

**L'ipnosi abbinata al trattamento riabilitativo nella
sindrome della vescica iperattiva**

1

Case report

Candidato

Elena Bertolucci

Relatore

Rocco Iannini

Non è la specie più forte a sopravvivere, e nemmeno quella più intelligente ma la specie che risponde meglio al cambiamento.

(Charles Darwin)

A mio marito

Indice

<i>Introduzione</i>	4
<i>Basso apparato urinario: vescica, uretra e minzione</i>	5
<i>La vescica nella visione psicosomatica</i>	6
<i>Vescica iperattiva e iperattività detrusoriale</i>	7
<i>La riabilitazione del pavimento pelvico</i>	9
<i>Caso clinico</i>	10
<i>Questionari</i>	12
<i>Conclusioni</i>	14
<i>Bibliografia</i>	15
<i>Ringraziamenti</i>	15

Introduzione

Come fisioterapista mi occupo di riabilitazione delle disfunzioni dell'area pelvica da 25 anni. Il mio lavoro si svolge presso l'ambulatorio di Neurourologia dell'Unità Spinale Unipolare del CTO di Torino.

I quadri sintomatologici sono estremamente vari e differenti tra loro e il numero di persone con problemi legati alla pelvi, al pavimento pelvico e al basso apparato urinario è in continua crescita anche per una maggior conoscenza del problema ed una maggior divulgazione delle informazioni.

Nell'ambito della riabilitazione delle disfunzioni dell'area pelvica sono trattabili per entrambi i sessi incontinenza urinaria da sforzo, incontinenza urinaria da urgenza, sindromi della vescica iperattiva, sindromi dolorose pelviche croniche (anche da bladder pain syndrome), alterazioni della statica pelvica (prolasso) femminili, disfunzioni perineali pre e post partum, incontinenza urinaria post prostatectomia, incontinenza fecale, stipsi.

Seppur molto diverse fra loro, le numerose condizioni morbose citate hanno un denominatore comune: le ripercussioni psico-fisiche e un sensibile peggioramento della qualità della vita.

La comunicazione ipnotica si inserisce nella pratica riabilitativa come intervento mirato all'aspetto funzionale e psico-fisico.

Basso apparato urinario: vescica, uretra e minzione

La vescica urinaria è un organo muscolo-membranoso cavo, impari, mediano situato nella parte anteriore della piccola pelvi. È costituita da diversi strati: mucoso, sottomucoso, muscolare e avventizio. La parte muscolare è rappresentata dal potente muscolo detrusore le contrazioni del quale determinano lo svuotamento. La sua funzione principale è quella di deposito temporaneo dell'urina: le sue dimensioni variano in base allo stato di distensione delle sue pareti.

L'ultimo tratto delle vie urinarie è costituito dall'uretra che termina nel meato urinario esterno; la parete uretrale contiene piccoli muscoli: lo sfintere uretrale striato o esterno, sotto parziale controllo volontario, e lo sfintere uretrale liscio o interno, sotto controllo del sistema simpatico. Il supporto dell'uretra, essenziale per garantire la continenza, è determinato dalle strutture di sospensione circostanti e dalla presenza di un piano solido sottostante il cui componente principale è il muscolo elevatore dell'ano (MEA) e la cui contrazione volontaria comporta l'elevazione del collo vescicale.

Sotto sforzo, grazie ad un meccanismo riflesso, il MEA si contrae insieme allo sfintere striato uretrale: portando la vagina anteriormente e comprimendo l'uretra contro la sinfisi pubica contribuisce, così, alla continenza urinaria.

Nella donna, ulteriori meccanismi passivi di "sigillo" del lume uretrale sono forniti dall'epitelio di pliche mucose e dalla struttura della sottomucosa dell'organo stesso, ricca di strutture vascolari, sensibili allo stimolo estrogenico.

Nel maschio, invece, il MEA, oltre ad avere connessioni con lo sfintere striato uretrale, sostiene la vescica e la prostata che si connette direttamente con la muscolatura intrinseca uretrale (uretra prostatica). La muscolatura pubo uretrale ha essenzialmente il ruolo di stabilizzare l'uretra contro la sinfisi pubica, permettendo la continenza e la fissità dell'uretra stessa durante il rapporto sessuale.

In entrambi i sessi, un ruolo fondamentale nella continenza (o fase di raccolta delle urine) è quello svolto dai centri corticali e sottocorticali in quanto la coordinazione tra vescica, uretra e muscolatura del pavimento pelvico è mediata da multiple vie riflesse con centro nel cervello e nel

midollo spinale.

Durante il riempimento vescicale, le vie afferenti simpatiche (per la muscolatura uretrale liscia) e quelle somatiche (per lo sfintere striato uretrale e la muscolatura del pavimento pelvico) mantengono chiuso il complesso vescico-uretrale. L'attivazione del sistema simpatico inibisce il detrusore e, attraverso il n. ipogastrico, determina la contrazione della base della vescica e della componente liscia dell'uretra; a livello midollare sacrale, invece, l'attivazione del nucleo di Onuf determina, attraverso il n. pudendo, la contrazione dello sfintere esterno dell'uretra.

A livello del ponte, inoltre, è collocata la cosiddetta regione "L" centro pontino di raccolta della minzione che determina l'incremento di attività dello sfintere uretrale esterno. Il riflesso minzionale, invece, è un riflesso di tipo spino-ponte-spinale le cui afferenze provenienti dal midollo spinale passano dalla corteccia alla sostanza grigia periacqueduttale (PAG), situata nella corteccia mediale prefrontale, che consente di dare il via a un circuito di tipo permissivo per lo svuotamento. L'input afferente vescicale passa attraverso il centro pontino della minzione (regione "M"), stimola le efferenze parasimpatiche della vescica tramite il n. pelvico e determina la contrazione del detrusore e il rilascio del collo vescicale; nel contempo determina un'inibizione delle efferenze simpatiche e somatiche sfinteriche.

È da sottolineare come nell'uomo, al fine della minzione, risulti essere principale l'azione di contrazione del detrusore, mentre nella donna sia fondamentale il rilasciamento del pavimento pelvico.

La vescica nella visione psicosomatica

La vescica è un organo nel quale confluisce il prodotto dei reni ed è a tutti gli effetti l'ultima stazione di attesa (serbatoio) dopo la quale l'urina lascia il corpo. La capacità di lasciarsi andare o, al contrario, l'attitudine a trattenere, sono due situazioni legate a quest'organo; anche aver ricevuto un'educazione rigida e impostata sullo schema punizione/ricompensa, con conseguenti paure e

sensi di colpa, può avere ripercussioni sulla vescica, a volte la persona con problemi alla vescica mostra timidezza, disagio nell'affrontare gli altri quasi ad esprimere una difficoltà a riconoscersi uno spazio proprio. Nel caso dell'enuresi è possibile che il sonno, diminuendo il controllo che avviene durante la veglia, offra una possibilità di liberarsi di qualcosa che si trattiene durante il giorno. La minzione è anche un modo per interrompere, manipolare o sfuggire determinate situazioni.

Vescica iperattiva e iperattività detrusoriale

Secondo l'International Continence Society (ICS), la vescica iperattiva è definita come una sindrome caratterizzata dalla presenza di urgenza minzionale, con o senza incontinenza da urgenza, generalmente associata a pollachiuria diurna e notturna. La presenza/assenza di IU definisce la sindrome come vescica iperattiva bagnata e asciutta. È un sintomo della fase di riempimento.

La prevalenza del fenomeno risulta sovrapponibile nell'uomo e nella donna con maggiore incidenza della vescica bagnata nel sesso femminile.

La prevalenza della vescica iperattiva tende ad aumentare con l'età, ma una considerevole porzione di giovani ne riferisce i sintomi.

Il termine vescica iperattiva non è sinonimo di iperattività detrusoriale: il primo indica un concetto clinico che descrive i sintomi riferiti nell'anamnesi, a cui non dovrebbe essere attribuita alcuna interpretazione diagnostica in senso disfunzionale; il secondo è, invece, un termine diagnostico che descrive un tracciato urodinamico, senza identificare una precisa condizione nosologica o fisiopatologica.

Esistono tre ipotesi eziopatogenetiche per spiegare l'iperattività vescicale: la prima prevede una riduzione degli input sensitivi che comporta un ridotto ritorno inibitorio sul detrusore; la seconda è riconducibile ad una riduzione del controllo inibitorio esercitato sul detrusore dai centri superiori o da un deficit periferico; l'ultima ipotesi rimanda ad un'iperattività del pavimento pelvico, a causa

di un eccesso di input afferenziali da uretra, vescica e pavimento pelvico.

L'impatto della vescica iperattiva (asciutta o bagnata) sulle vite sia delle donne che degli uomini, è significativo e comporta problemi nelle attività sociali, professionali e relazionali; ha un impatto sulla salute e sulla funzione sessuale; comporta una scadente qualità del sonno ed è un fattore di rischio per comorbidità quali depressione e infezioni del tratto urinario. L'ansia legata alla paura di non riuscire a controllare lo stimolo minzionale e di perdere urina è causa essa stessa dell'aumento dei sintomi.

Il trattamento della vescica iperattiva include modifiche comportamentali, che sono considerate il trattamento di primo livello per questa sintomatologia.

Le modificazioni dello stile di vita includono: l'esclusione dalla dieta delle sostanze irritanti per la vescica (quali la caffeina); il controllo della quantità di liquidi ingeriti (l'eccessivo introito può esacerbare i sintomi, mentre un'eccessiva riduzione può causare un'inflammatione della muscosa, che comporta urgenza, frequenza e infezioni del tratto urinario); il controllo del peso; il mantenimento della regolarità intestinale (incrementando l'apporto di fibre nella dieta e praticando attività fisica); la cessazione del fumo (la nicotina comporta un incremento dell'attività detrusoriale).

Le tecniche di gestione dei sintomi della vescica iperattiva prevedono: l'educazione all'utilizzo della muscolatura del pavimento pelvico per controllare l'urgenza (la contrazione volontaria del pavimento pelvico ha effetto inibitore sullo stimolo "urgenza" ed è di supporto per la riduzione della frequenza minzionale), la registrazione degli svuotamenti vescicali (diario minzionale) per correggere lo scorretto habitus minzionale, l'educazione a tecniche di rilassamento e distrazione dallo stimolo "urgenza" (come la respirazione lenta profonda per rilassare la vescica o esercizi di concentrazione mentale).

A tutto ciò può essere associato l'utilizzo di farmaci antimuscarinici che agiscono bloccando la contrattilità involontaria del detrusore (evidenza di grado A nelle donne, di grado C negli uomini).

La riabilitazione del pavimento pelvico

La definizione più classica di riabilitazione del pavimento pelvico la indica come un insieme di tecniche specifiche di tipo preventivo/conservativo che hanno come obiettivo la correzione di molteplici disfunzioni dell'area pelvica. In quest'ambito è fondamentale sottolineare che la riabilitazione non deve avere come unico beneficiario l'organo effettore terminale o la funzione ma deve tener conto della persona come unità funzionale nel suo complesso. Il trattamento non può e non deve, quindi, limitarsi all'insegnamento delle strategie di controllo motorio dell'area pelvica ma deve prevedere interventi di valutazione e correzione sia dell'habitus minzionale che della postura statica e dinamica la quale può interferire fortemente sulla funzionalità del pavimento pelvico. Non si può prescindere, in definitiva, da un approccio globale che abbia come outcome il benessere complessivo della persona.

Di seguito sono descritte fasi che caratterizzano il trattamento riabilitativo indipendentemente dalla diagnosi:

- spiegazione relativa all'anatomo-fisiologia del pavimento pelvico (pp) e del basso apparato urinario. È importante, per un corretto e proficuo iter riabilitativo, che le donne capiscano ciò di cui si sta parlando.
- correzione delle cattive abitudini minzionali attraverso la compilazione e l'analisi del diario minzionale compilato per tre giorni (che comprenda sia giorni di riposo che di lavoro) (grado di raccomandazione: A).
- correzione dell'eventuale spinta durante la minzione (grado di raccomandazione: A).
- compilazione dei questionari: ICIQ-SF, IQoL, OAB-screener e PGI-I quest'ultimo compilato al termine del trattamento.
- valutazione funzionale
 - valutazione posturale
 - testing e valutazione perineale

- riabilitazione propriamente detta attraverso l'utilizzo di tecniche diverse come il pelvic floor muscle training (PFMT- grado di raccomandazione A) ed eventualmente strumentali (Ultrasuoni. BFB, Elettrostimolazione)
- rivalutazione e compilazione dei questionari.

Nel caso clinico descritto in questo lavoro sono state inserite due sedute di ipnosi.

CASO CLINICO

Donna, DK, anni 39, 1 parto eutocico, alvo alterno.

Enuresi frequente fino a 20 anni (trattata farmacologicamente) e poi circa 1 episodio all'anno. Recente comparsa di incontinenza urinaria da sforzo. Fin dall'infanzia vescica iperattiva con episodi di urge incontinenze, dispareunia.

Bilancio minzionale: beve circa 2 l/die.

FD (frequenza diurna): ogni ora con notevole urgenza ed episodi di urge incontinenze

FN (frequenza notturna): 1-2 volte con fughe urinarie nel tragitto letto bagno.

Prescrizione di Vesiker (che la paziente non ha mai assunto) e di riabilitazione perineale.

Il counselling fisioterapico ha evidenziato un mancato rilasciamento della muscolatura del pavimento pelvico, una postura in chiusura e in contrazione e un atteggiamento psicologico piuttosto negativo e rassegnato rispetto ai sintomi urinari.

Il trattamento ha seguito l'iter riabilitativo classico sopradescritto con buoni risultati e, in quinta seduta, è stata introdotta l'ipnosi.

I seduta - obiettivo rilassamento PP

Paziente seduta, con gli occhi spontaneamente chiusi. Richiesta di ascolto del ritmo del respiro e di andare in un luogo proprio dove si è sentita bene ed è stata serena. Suggestione di pesantezza del braccio dx con ratifica dell'avvenuto cambiamento. Durante questa fase sono scese delle lacrime.

Nella fase seguente è stata portata l'attenzione alla muscolatura pelvica chiedendo di immaginarla come una rete a maglie fitte tesa che, a ogni inspirazione addominale, si allentava sempre di più allargando le proprie maglie.

È stato dato l'ancoraggio (pollice e indice della mano sx) seguito dal riorientamento.

Al termine è stato richiesto di provare, tramite l'ancoraggio, a verificare la propria capacità di auto ipnosi: la cosa più evidente è stato il nuovo sgorgare di lacrime.

Al termine della seduta la paziente ha riferito una sensazione di benessere e rilassamento generale ma ha anche descritto la difficoltà iniziale a trovare un luogo sereno e sicuro.

II seduta - obiettivo controllo dell'urgenza minzionale

Paziente seduta, con gli occhi spontaneamente chiusi. Richiesta di ascolto del ritmo del respiro e di tornare nel luogo proprio dove si è sentita bene ed è stata serena. Suggestione di pesantezza del braccio dx con ratifica dell'avvenuto cambiamento.

Nella fase successiva è stato chiesto di immaginare la propria vescica come fatta di tessuto o di lana e l'urina che giunge in essa come un liquido ammorbidente che agisce sulle pareti vescicali rendendole sempre più morbide e distendibili. L'azione ammorbidente consente alla vescica di riempirsi di più senza resistenza. Risalto sulla consapevolezza di essere in grado di agire sullo stimolo "urgenza".

Richiesta di usare l'ancoraggio e riorientamento. Come nella prima seduta è stato ripetuto l'ancoraggio per verificare la capacità di autoipnosi.

Al termine della seduta la paziente, oltre ad una sensazione di rilassamento e benessere generale, ha comunicato che le era stato più facile recuperare il luogo sicuro e che lo script della vescica (contenitore con ammorbidente) era stato più realizzabile di quello del pavimento pelvico (rete a maglie strette).

Nelle sedute successive la paziente riferiva che non si alzava più di notte per urinare e che l'urgenza diurna era nettamente diminuita e comunque gestibile; assenza di fughe urinarie.

Conclusione del ciclo riabilitativo con nuova compilazione del diario minzionale e dei questionari.

OAB SCREENER (Overactive Bladder Screener)

Prima							Dopo						
Nelle ultime 4 settimane, quanto le ha dato fastidio...	Per niente	Poco	Moderatamente	Assai	Molto	Moltissimo	Nelle ultime 4 settimane, quanto le ha dato fastidio...	Per niente	Poco	Moderatamente	Assai	Molto	Moltissimo
1. Urinare spesso durante le ore della giornata?	1	2	3	4	5	6	1. Urinare spesso durante le ore della giornata?	1	2	3	4	5	6
2. Avere uno sgradevole bisogno urgente di urinare?	1	2	3	4	5	6	2. Avere uno sgradevole bisogno urgente di urinare?	1	2	3	4	5	6
3. Avere un'improvvisa urgenza di urinare con poco o nessun preavviso?	1	2	3	4	5	6	3. Avere un'improvvisa urgenza di urinare con poco o nessun preavviso?	1	2	3	4	5	6
4. Avere piccole perdite involontarie di urina?	1	2	3	4	5	6	4. Avere piccole perdite involontarie di urina?	1	2	3	4	5	6
5. Urinare di notte?	1	2	3	4	5	6	5. Urinare di notte?	1	2	3	4	5	6
6. Svegliarsi di notte per il fatto di dover urinare?	1	2	3	4	5	6	6. Svegliarsi di notte per il fatto di dover urinare?	1	2	3	4	5	6
7. Avere un incontenibile bisogno di urinare?	1	2	3	4	5	6	7. Avere un incontenibile bisogno di urinare?	1	2	3	4	5	6
8. Avere perdite di urina associate ad una forte voglia di urinare?	1	2	3	4	5	6	8. Avere perdite di urina associate ad una forte voglia di urinare?	1	2	3	4	5	6

ICIQ-SF (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form) Prima

- Con quale frequenza le accade di perdere urina?
 0 ma
 0,5 meno di una volta alla settimana
 1 circa una volta alla settimana (*)
 2 due o tre volte alla settimana
 3 circa una volta al giorno
 4 più volte al giorno
 5 continuamente
- Qual è l'entità delle sue perdite di urina? Secondo la sua personale opinione quanta urina perde comunemente (sia quando indossa una protezione che quando non la indossa)?
 0 Non perdo urina
 2 Perdo piccole quantità di urina
 4 Perdo modeste quantità di urina
 6 Perdo abbondanti quantità di urina
- Nel complesso, in che misura le perdite di urina interferiscono con la sua vita quotidiana?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 [0 = per niente - 10 = moltissimo]

12

ICIQ-SF (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form) Dopo

- Con quale frequenza le accade di perdere urina?
 0 mai
 0,5 meno di una volta alla settimana
 1 circa una volta alla settimana (*)
 2 due o tre volte alla settimana
 3 circa una volta al giorno
 4 più volte al giorno
 5 continuamente
- Qual è l'entità delle sue perdite di urina? Secondo la sua personale opinione quanta urina perde comunemente (sia quando indossa una protezione che quando non la indossa)?
 0 Non perdo urina
 2 Perdo piccole quantità di urina
 4 Perdo modeste quantità di urina
 6 Perdo abbondanti quantità di urina
- Nel complesso, in che misura le perdite di urina interferiscono con la sua vita quotidiana?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 [0 = per niente - 10 = moltissimo]

IQol (International Quality Of Life Questionnaire)

Prima

Risultati:		
I-QOL:	45	General Result Risultato Generale
ALB:	31	Avoidance and Limiting Behaviour Comportamento di Impedimento
PS:	69	Psychosocial Impact Impatto psicosociale
SE:	25	Social Embarrassment Imbarazzo sociale

Dopo

Risultati:		
I-QOL:	76	General Result Risultato Generale
ALB:	66	Avoidance and Limiting Behaviour Comportamento di Impedimento
PS:	86	Psychosocial Impact Impatto psicosociale
SE:	75	Social Embarrassment Imbarazzo sociale

Risultati: il questionario non ha le risposte contrassegnate in quanto il risultato si calcola con un programma di calcolo.

1. Ho paura di non poter arrivare in tempo al gabinetto.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
2. Ho paura di tossire o di starnutire a causa dei miei problemi urinari o dell'incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
3. Devo stare attento(a) ad alzarmi dopo essere stato(a) seduto(a), a causa dei miei problemi urinari o dell'incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
4. Mi preoccupo di sapere dov'è il gabinetto in luoghi in cui vado per la prima volta.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
5. Mi sento depresso(a) a causa dei miei problemi urinari o dell'incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
6. Mi sento poco libero(a) di stare fuori casa per molto tempo a causa dei miei problemi urinari o di incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
7. Mi sento scoraggiato(a) perché i miei problemi urinari o di incontinenza mi impediscono di fare ciò che voglio.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
8. Ho paura che gli altri sentano odore di urina su di me.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
9. I miei problemi urinari o di incontinenza sono per me un pensiero fisso.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
10. Per me è importante poter andare spesso al gabinetto.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
11. A causa dei miei problemi urinari o di incontinenza devo prevedere tutto nei minimi particolari.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
12. Ho paura che i miei problemi urinari o di incontinenza peggioreranno invecchiando.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
13. Mi è difficile dormire tranquillamente per una notte intera a causa dei miei problemi urinari o di incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
14. Ho paura di trovarmi in situazioni imbarazzanti o umilianti a causa dei miei problemi urinari o di incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
15. A causa dei miei problemi urinari o di incontinenza ho l'impressione di non essere una persona in buona salute.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
16. Mi sento indifeso(a) di fronte ai miei problemi urinari o di incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
17. Gusto meno i piaceri della vita a causa dei miei problemi urinari o di incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
18. Ho paura di bagnarmi.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
19. Mi sento come se non avessi nessun controllo della vescica (dell'urinare).
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
20. Devo stare attento(a) a quanto o a cosa bevo, a causa dei miei problemi urinari o di incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
21. I miei problemi urinari o di incontinenza mi impediscono di mettermi i vestiti che voglio.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla
22. Ho paura di avere rapporti sessuali a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.
 1. moltissimo
 2. molto
 3. un po'
 4. molto poco
 5. per nulla

PGI-I (Patient Global Impression Of Improvement)

Barrare la casella che descrive in maniera più adeguata come si sente dopo essere stata sottoposta alla terapia/intervento.

1. estremamente migliorata
2. molto migliorata **X**
3. lievemente migliorata.
4. nessun cambiamento
5. lievemente peggiorata
6. molto peggiorata
7. estremamente peggiorata

Diario minzionale prima

FD (Frequenza diurna)	6-9
FN (Frequenza notturna)	1-2
Volumi vuotati ml	da 260 a 20 ml preval. bassi volumi
Intervalli minzionali	da 30' a ore 4.30 (2 v)
Fughe urinarie da urgenza	1-2 al dì

Diario minzionale dopo

FD (Frequenza diurna)	7
FN (Frequenza notturna)	0-1
Volumi vuotati ml	da 350 a 100 ml (non volumi bassissimi)
Intervalli minzionali	da 30' (2 v) a ore 5
Fughe urinarie da urgenza	0

Conclusioni

L'applicazione dell'ipnosi in ambito uro-riabilitativo nel caso presentato ha consentito alla paziente l'utilizzo di tecniche auto-ipnotiche in momenti diversi da quelli più strettamente riabilitativi. La capacità individuale di essere cosciente delle proprie possibilità nella gestione dei disturbi (urgenza minzionale e ansia relativa alla difficoltà di "arrivare in tempo" in bagno) ha rinforzato le tecniche riabilitative classiche. Come fisioterapista ho apprezzato la disponibilità della paziente e soprattutto ho potuto constatare come l'ipnosi sia un valido strumento per implementare i risultati della riabilitazione e il confronto dei risultati dei test pre e post trattamento ha confermato l'efficacia del percorso intrapreso. Durante la seduta di follow-up (a tre mesi) la paziente ha riportato il mantenimento dei risultati e l'utilizzo occasionale dell'ancoraggio appreso.

Bibliografia

- Bernasconi, Mistrangelo, Natale; “ LA VESCICA IPERATTIVA dalla diagnosi alla terapia”. Urogynaecologia –International Journal, Vol 25 – n.1 – Jan/Apr 2011
- Cucchi; “Vescica iperattiva”. Urodinamica – Neurourology, Continence and Pelvic Floor – Suppl. Al n. 2 - Vol 2,giugno 1999
- Biroli, Carone; “Uroginecologia: quando e come riabilitare?”- marzo 2001
- Dethlefsen, Dahlke; “Malattia e destino – il valore e il messaggio della malattia” Ed. Mediterranee
- P. L. Dwyer, A. Rosamilia; “Evaluation and diagnosis of the overactive bladder”-Clin. Obstet. Gynecol. , 2002
- Bertolucci; “La riabilitazione nei sintomi del basso tratto urinario nella donna”-da A. Bortolami; “Riabilitazione del pavimento pelvico”Elsevier, 2009
- Abrams; Cardozo; Khoury; Wein; “Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence”- 2012
- Regaldo; “Manuale di ipnosi medica rapida” Editore: QuarkXPress

Ringraziamenti

Ringrazio i docenti dell’Istituto Franco Granone che, con dedizione ed entusiasmo, hanno aperto la mia mente . In particolare ringrazio Rocco Iannini, medico illuminato, che mi ha costretto a “guardare oltre” e ha avuto la pazienza di leggere questo scritto e, ultima ma non meno importante, Milena Muro che con la sua tenacia e professionalità mi ha trattenuto e stimolato.