SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2014

INTEGRAZIONE tra IPNOSI e FSK del PAVIMENTO PELVICO nel TRATTAMENTO della STIPSI da CONTRAZIONE PARADOSSA

Candidato

Croce Donatella

Relatore

Dott.ssa Laura Grasso Papi

Indice

1. Introduzione…….. 4
2. Stipsi e cervello viscerale…….. 5
   2.1. Il meccanismo della defecazione…….. 5
   2.2. Andare e non andare di corpo…….. 8
   2.3. Il dono negato…… 11
3. La riabilitazione del pavimento pelvico …… 15
   3.1. Il pavimento pelvico…….. 15
   3.2. La contrazione paradossa…….. 17
   3.3. La terapia riabilitativa…….. 18
   3.4 Il trattamento proposto alle nostre pazienti…… 20
4. Metodologia…….. 21
   4.1. Progettazione dello studio…… 21
   4.2. Il campione…… . 21
   4.3. Strumenti…….. 22
   4.4. Protocollo ipnotico…… 23
5. Le storie…….. 24
   5.1. Enrica…… . 24
   5.2. Silvia…… 28
   5.3. Francesca…….. 32
   5.4. Marisa…….. 37
   5.5. Paola…….. 41
6. Commento dei Risultati…….. 42
7. Conclusioni…….. 43

Bibliografia…… 44

Allegati…….. 45

Libertà è ciò che fai

con quello che ti è stato fatto

J. P. Sartre

Un grazie a tutta l'equipe dell'ambulatorio per la riabilitazione del pavimento pelvico dell'ASLcn2, al dr. Rando Giancarlo, al dr. Rocco Iannini e in particolare alla fisioterapista sig.ra Raffaella Benevello per la grande disponibilità e professionalità

1. Introduzione

Da alcuni anni collaboro con l'ambulatorio fisiatrico per la riabilitazione del pavimento pelvico aperto nell'asl in cui lavoro come psicologa sessuologa.

E' un ambulatorio in cui vengono trattati pazienti (prevalentemente donne) con problemi di incontinenza e di stipsi; mentre per quanto riguarda l'incontinenza il trattamento fisioterapico ottiene spesso buoni risultati, i problemi di stipsi, pur coinvolgendo gli stessi distretti muscolari, non sempre migliorano con gli esercizi proposti, nonostante il trattamento si avvalga anche di strumenti per l'elettrostimolastione e il biofeedback, i più efficaci in questi casi secondo la letteratura [2].

Ciò causa frustrazione e delusione sia nelle pazienti che nelle fisioterapiste.

Penso sia questo il motivo per cui è stata accolta con entusiasmo la mia proposta di provare ad associare al trattamento FSK l'ipnosi, con l'obiettivo di migliorare la risposta al trattamento stesso.

E' stato affascinante scoprire, durante le lezioni del dott. Miroglio del corso frequentato al C.I.I.C.S., l'efficacia dell'ipnosi per molte patologie dell'apparato digerente: colon irritabile, stipsi, dispepsie funzionali…

Numerosi studi sono stati pubblicati su questo argomento [6-14] ma mi sembrava interessante provare ad associare un trattamento specifico per la stipsi come la riabilitazione del pavimento pelvico (in particolare quando il problema nasce dalla contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale) con l'autoipnosi come strumento di empowerment in persone che spesso si sentono "schiave del loro intestino" (per usare l'espressione di una delle mie pazienti).

Il senso di malessere e sofferenza di queste pazienti ha spesso gradazioni molto diverse (come emerge anche dal mio studio) ma ciò che le accomuna è la perdita di naturalezza e controllo su di una funzione che, se non funziona, condiziona pesantemente la qualità della vita dell'individuo [3].

La scelta di non affrontare la problematica trattata con un intervento esclusivamente ipnotico nasce dal mio percorso lavorativo: è molto difficile ottenere degli invii direttamente dai proctologi per questo tipo di disfunzione mentre con le fisioterapiste c'è ormai da anni un'ottima collaborazione. Inoltre personalmente io credo molto nell'integrazione dei trattamenti, che permette di allargare il numero di risultati positivi anche a quei pazienti non rispondenti all'uno o all'altro singolarmente.

2. Stipsi e cervello viscerale

2.1 Il meccanismo della defecazione

Per capire cosa succede nelle persone che soffrono di stipsi, un disturbo estremamente diffuso e che in molti casi tende alla cronicità, iniziamo col dire cosa si intende per "normale" quando parliamo della funzione evacuatoria. Per arrivare alla definizione di normalità si usano infatti vari paramentri: la frequenza (diversa per uomini e donne), la consistenza e la forma delle feci, la quantità e lo sforzo necessario per espellerle.

Tutti questi parametri si possono indagare durante la raccolta dell'anamnesi oltre che con il colloquio clinico anche attraverso degli strumenti quali il diario defecatorio e le scale di autovalutazione, strumenti che anche noi abbiamo utilizzato con le nostre pazienti. [allegati 2-3-4-5]

Usando questi paramentri possiamo definire normale “un’evacuazione che avviene almeno due volte a settimana nelle donne e tre negli uomini, con l’espulsione di feci compatte, di forma cilindrica, di consistenza morbida, in quantità pari o superiore a 35 g/die, in un tempo che non superi i cinque secondi”. [3]

Questa normalità prevede però che tutto il percorso del cibo, dalla bocca all’ano, segua il suo iter fisiologico senza incontrare ostacoli: agendo in perfetta sinergia i vari organi (bocca, esofago, stomaco e intestino tenue) sminuzzano il cibo, lo trasformano ricavando le sostanze da noi assimilabili e producono gli scarti che arrivano al primo tratto del colon, il cieco.

Esso non è soltanto l’organo che porterà le scorie ad essere eliminate, ma è anche deputato all’assorbimento dell’acqua e dei sali minerali; svolge inoltre una fondamentale funzione immunitaria, proteggendoci dall’invasione dei microbi ostili che ingeriamo insieme agli alimenti. Quando arriva nel colon, attraverso la valvola ileocecale, la massa contiene circa 9 litri di acqua mentre le feci pochi cucchiai. Quindi è il colon che permette l’idratazione dell’organismo e anche la difesa dello stesso dalle infezioni; il materiale fecale che giunge al retto è costituito sostanzialmente da batteri e fibre (cellulosa).

E’ facile comprendere quindi l’importanza di quest’organo per il benessere generale dell’organismo, e anche perché sia stato dotato di un suo cervello, del tutto autonomo dal sistema nervoso centrale: il cervello enterico. [1] Proprio per il carico di lavoro imposto all’intestino, l’evoluzione ha ritenuto bene farlo funzionare in autonomia : esclusa la deglutizione e la defecazione, il processo di digestione, assorbimento e difesa è controllato dal S.N.E.

La deglutizione e la defecazione richiedono invece l'intervento del S.N.C.

Per la particolare conformazione dell'intestino, ricco di anse e di circonvoluzioni, le feci per poterlo percorrere hanno bisogno di essere sospinte da un moto propulsivo regolare e costante: questa è la peristalsi. Le sue pareti sono infatti costituite da una complessa struttura muscolare percorsa al suo interno da una fitta rete neuronale che, attraverso impulsi regolari e alternati, contrae e rilascia alternativamente parti diverse e contigue dell'intestino stesso permettendo l'avanzamento della massa fecale.

Noi non abbiamo microorganismi che digeriscono le fibre le quali si riempiono d'acqua e si espandono di volume, aumentando la pressione all'interno del lume dell'intestino: questo è lo stimolo che provoca il riflesso peristaltico.

Vari studiosi, tra cui il dr. Miroglio, hanno dimostrato che la motilità intestinale (in particolare quella gastroduodenale) può essere controllata volontariamente attraverso l'ipnosi, portando così sollievo a molti pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile, solitamente refrattaria ai trattamenti medici tradizionali. E' quindi possibile con l'ipnosi aumentare o ridurre la peristalsi che di solito avviene senza che la nostra coscienza sia apparentemente impegnata in questo meccanismo.

L'atto finale di questo percorso, la defecazione, avviene invece coinvolgendo direttamente il nostro io cosciente che, nel momento in cui percepisce lo stimolo inviatogli dal retto, ormai pieno e in procinto di svuotarsi, deve valutare l'opportunità socio-ambientale di espletare questa funzione. La defecazione è infatti "il perfetto connubio tra il retto, il complesso neuro

muscolare del pavimento pelvico, la relativa vascolarizzazione, l'ano e (…) il cervello". [3]

Se le condizioni sono ottimali, il cervello cosciente invia un segnale che rilascia il muscolo elevatore permettendo di aprire il canale rettale; contemporaneamente anche lo sfintere esterno si apre e può così avvenire la defecazione.

Quindi possiamo dire che, come tutte le nostre funzioni fisiologiche, anche la defecazione è sotto il controllo di una serie di meccanismi che vedono coinvolti la psiche, il sistema nervoso centrale e periferico, l'apparato endocrino e quello immunitario.

Nello specifico, quando l'ampolla del retto è piena, il muscolo liscio si rilassa è permette ad una piccola quantità di materiale fecale di passare nell'ano (campionatura): questo meccanismo serve al cervello per poter valutare l'opportunità o meno di procedere all'atto.

Se tutto questo complesso meccanismo si inceppa, perché i muscoli non hanno il giusto tono o perché non sono in sincronia o perché lo stimolo viene troppo spesso ignorato dal soggetto, o perché il volume delle feci non è adeguato, si possono avere patologie come la stitichezza o l'incontinenza fecale.

2.2 Andare e non andare di corpo

A tutti quanti è successo, nel corso dell'esistenza, di sperimentare episodi di stitichezza e il senso di malessere e di disadattamento che tale disturbo porta con sé spinge le persone a far ricorso all'automedicazione pur di ottenere

l'agognata "liberazione": purghe, lassativi, ritrovati consigliati da amici e parenti, erbe e tisane, polveri e marmellatine… tutto per liberarsi della stitichezza del "viaggiatore" o da "cambio di stagione" o da "pre/post ciclo".

Altro discorso è quello di chi sistematicamente ha difficoltà ad evacuare e si rivolge al medico che arriva, dopo vari esami, alla diagnosi di stipsi cronica.

Il buon funzionamento dell'intestino abbiamo visto nel paragrafo precedente che dipende da due fattori: dal volume adeguato delle feci e dall'acqua che le rende morbide, attivando così un adeguato riflesso peristaltico.

Quindi possiamo definire la stipsi come un'alterazione del'alvo caratterizzata dall'emissione poco frequente, difficoltosa e apparentemente incompleta di feci di consistenza aumentata e quantità ridotta. Possiamo anche distinguere tre tipologie diverse del disturbo legate a tre fattori che alterano o impediscono il normale meccanismo di trasformazione del cibo: il rallentato transito intestinale, le alterazioni del colon distale e un'ostruita defecazione.

Quest'ultima è l'oggetto del nostro intervento, essendo causata da uno spasmo del muscolo pubo-rettale che anziché distendere l'angolo normalmente presente tra retto e ano per permettere l'evacuazione, lo chiude ancora di più impedendola totalmente, e verrà ampiamente trattata nel prossimo paragrafo.

Occupiamoci brevemente delle altre due forme: la prima può avere origine da cause congenite o acquisite, ma di solito dipende dalle cattive abitudini alimentari: uno scarso apporto di fibre e una carenza di acqua, associate a una vita sedentaria.

La seconda, la stipsi legata alle alterazioni del colon distale (e cioè del tratto discendente e del sigma) é strettamente connessa alla sindrome del colon irritabile, patologia diffusissima nella società moderna, che trova la sua causa più comune nello stress. Sono gli spasmi continui e irregolari, cioè non sincroni, di questa parte del colon che impediscono alle feci di scendere nel retto portando a dolorosi blocchi intestinali: in questo caso il tentare di risolvere la stitichezza aumentando l'apporto di fibre non fa che peggiorare la situazione poiché aumenta gli spasmi sempre più scoordinati e fa ristagnare nel sigma una massa gassosa e dolorante.

Poiché, come abbiamo detto, la stitichezza è spesso l'effetto di una cattiva gestione del proprio intestino, per superarla il paziente deve comprendere gli errori che compie a livello di alimentazione, di abitudini di vita e nella gestione della funzione evacuatoria.

Il percorso riabilitativo si strutturerà pertanto in un'attenta ricognizione delle abitudini alimentari del paziente, di quelle personali, dell'attività fisica praticata, della quantità di liquidi introdotta giornalmente e, in seguito, in un piano per modificare quelle errate; altro momento fondamentale è l'apprendimento della postura adeguata ad una migliore evacuazione e della respirazione che la può facilita sfruttando i muscoli dell'addome antagonisti a quelli del pavimento pelvico..

A queste pratiche si associa il *toilet training* che è una procedura comportamentale orientata ad ottimizzare l'atto evacuativo: essa ha l'obiettivo di riportare verso la normalità un ritmo biologico perduto o soppresso.

2.3 Il dono negato

Non sempre è piacevole, per chi soffre di un disturbo fisico e non riesce a trovare una soluzione, sentirsi dire dal medico che il suo disturbo è di origine psicosomatica: ci si sente in qualche modo "responsabili" della malattia e vengono meno le speranze di una facile risoluzione.

La fantasia del paziente vola verso anni di terapia lunga e dispendiosa.

In realtà mentre le implicazioni psicologiche dei disturbi intestinali sono ben note da tempo agli specialisti della psiche [5], assai meno conosciute e investigate sono invece le conseguenze sulla qualità della vita di lunghi anni di visite, esami, terapie fallite… Spesso il paziente stitico è depresso, frustrato e scoraggiato, si sente impotente verso il suo disturbo, ha un'immagine corporea alterata dal senso continuo di gonfiore e pesantezza e a volte convive più o meno costantemente con un dolore anale o perineale.

Senza contare che la stipsi correlata a problematiche del pavimento pelvico è spesso associata anche a disfunzioni nella sfera sessuale: dispareunia, anorgasmia coitale, calo del desiderio… E' raro che queste condizioni di malessere psicofisico siano però indagate dal gastroenterologo o dal proctologo a cui si rivolge la paziente, così come è raro che per queste problematiche venga interpellato uno psicologo o uno psicoterapeuta.

Quando però questo avviene, lo psicologo si trova a dover affrontare due ordini di problemi, quelli sopra descritti conseguenti a un lungo periodo di disagio e malessere, e quelli legati al significato simbolico della funzione defecatoria e, quindi, alle implicazioni intrapsichiche dei disturbi della

defecazione; mi sembra importante fare almeno qualche considerazione su tali implicazioni pur non essendo questo lo specifico campo del mio studio.

E' noto a tutti che nella vita emotiva della primissima infanzia la funzione di nutrimento e quella defecatoria occupano un posto fondamentale e si associano ad attitudini peculiari che poi tendono a consolidarsi nei tratti di personalità e nell'evoluzione emotiva delle persone.

Mentre gli aspetti incorporativi della nutrizione rimandano al desiderio di sicurezza, alla brama di ricevere o impossessarsi con la forza di ciò che non è dato liberamente, al bisogno di sentirsi amati, accuditi e di appoggiarsi a qualcuno, l'atto della defecazione si lega strettamente al senso del possesso, all'orgoglio per una vittoria raggiunta e alla dialettica del dare e del trattenere; anche alcune forme di impulsi ostili (l'aggredire, lo sporcare…) sono associate a queste funzioni.

Quando poi il bambino inizia ad acquisire il controllo degli sfinteri, l'atto evacuativo acquista la parvenza di una specie di dono fatto agli adulti, valutazione spesso rafforzata dal grande interesse che la madre dimostra per gli escrementi del bambino e dalle manifestazioni di gioia legate all'evacuazione stessa.

Per questo motivo l'attitudine istintiva del bimbo nei riguardi delle sue feci è di coprofilia: gli escrementi sono un possesso di valore, una sorgente di piacere, un bene di scambio.

Questo atteggiamento viene inibito dall'educazione e trasformato nel suo opposto: disgusto e disprezzo, che stanno alla base della caratteristica sadica dell'atto della defecazione, trasformano le feci in un'arma che sporca e l'atto

in se stesso può assumere significato aggressivo e spregiativo. Nella vita adulta queste connessioni scompaiono dalla personalità conscia, o si collocano su di un piano simbolico (vedi insulti e imprecazioni varie legate agli escrementi) ma restano profondamente radicate nella vita emotiva. [15]

Ciò spiega perché la funzione defecatoria si trovi associata alla sensazione del successo raggiunto, della donazione ma anche dell'aggressione ed anche perché l'escremento divenga il simbolo del possesso (si vedano le caratteristiche dell'avarizia, non solo economica ma anche affettiva, connesse alla fissazione a questa fase evolutiva).

Per capire il valore simbolico e psichico dei disturbi della funzione defecatoria, quali la diarrea o la stipsi, è d'importanza fondamentale conoscere questo sviluppo emotivo: vulnerabile e privo di protezione, l'addome rappresenta il punto del corpo attraverso il quale vengono espresse angosce e paure, si coagulano lì le minacce che gravano sull'uomo da parte del mondo esterno.

Se la testa è la sede della ragione, il cuore il centro dei sentimenti e dei moti affettivi, la pancia è la sede delle emozioni e dei desideri primitivi, infantili e arcaici nello stesso tempo.

Rappresenta simbolicamente la dispensa del corpo dove si conservano delle provviste materiali e l'uomo che dà retta alla pancia si colloca al polo opposto dell'intellettuale ascetico, disciplinato, razionale: egli vive invece seguendo le proprie sensazioni ed emozioni, perseguendo pulsioni e desideri [16]

E' sorprendente l'analogia funzionale tra l'intestino tenue e il cervello: è nell'intestino tenue che avviene la scissione del cibo nelle sue componenti e

la sua assimilazione. Ed il cervello, attraverso i sensi, seleziona ed assimila le impressioni sul piano non materiale.

Di fronte ad un disturbo dell'intestino tenue dovremmo chiederci se la persona non sia portata ad un eccesso di analisi, perché la caratteristica della funzione dell'intestino tenue è appunto l'analisi, la scissione, l'attenzione al dettaglio.

Nel colon al residuo alimentare viene sottratta acqua, qui rimangono le sostanze che non è stato possibile trasformare ed è il luogo in cui può avvenire la putrefazione: come l'intestino tenue corrisponde al pensiero consapevole, analitico, così l'intestino crasso corrisponde all'inconscio, al "mondo inferiore", al regno del rimosso. Gli escrementi possono quindi rappresentare i contenuti dell'inconscio che dobbiamo "eliminare" per permettere alla vita consapevole di scorrere serena.

Da questa lettura simbolica delle funzioni delle varie parti dell'intestino derivano i significati che possiamo attribuire alla stipsi e alla diarrea.

Se la stipsi è il nostro problema, potrebbe significare un rifiuto a dare, un voler trattenere mostrando attaccamento alle cose materiali e incapacità nel donare, un tentativo d'altra parte di conservare dentro di sé contenuti inconsci repressi.

Attraverso la seconda, invece, ci si libera simbolicamente dei contenuti introiettati dal mondo esterno senza assimilarli o dei contenuti inconsci manifestando aggressività e ostilità verso l'ambiente di cui si ha paura e che, in modo difensivo, si vuole sporcare.

Tutti questi significati vanno indagati e approfonditi in sede di psicoterapia e può essere utile averli presenti quando proponiamo un intervento ipnotico ad un paziente.

3. La riabilitazione del pavimento pelvico

3.1 Il pavimento pelvico

Il pavimento pelvico è la struttura muscolare che sostiene gli organi dell'addome: intestino e vescica, più utero e ovaie per la donna, prostata per l'uomo.

I muscoli di questa struttura che chiude in basso il bacino sono disposti come un'amaca distesa a losanga tra il coccige e il pube: il P.P. si espande e si ritrae, si allunga e si accorcia, si solleva e si abbassa. Può compiere questi movimenti in due direzioni: da dietro in avanti (dall'ano allo scroto/vagina) e da destra a sinistra. Quindi oltre al coccige e all'osso pubico, il P.P. è fissato anche lateralmente alle tuberosità ischiatiche, e viene pertanto a formare una specie di losanga sottesa a tutta la parte inferiore del bacino.

Il muscolo principale del pavimento pelvico è costituito dall'*elevatore dell'ano:* esso si estende dal pube all'osso sacro con varie fasce parallele e vicine, fissate lateralmente alle tuberosità ischiatiche e avvolge la parte terminale del retto laddove vi è lo sfintere che lo congiunge all'ano.

Gli sfinteri del canale anale sono due: questo, che è il più alto, è controllato e tenuto chiuso da un altro muscolo, il pubo rettale che come una fionda parte dal pube e torna al pube strozzando la parte del retto che si congiunge all'ano.

Questo meccanismo permette alle feci di accumularsi nel retto e non fuoriuscire per caduta gravitazionale: quando questo muscolo è contratto fa angolare il retto, quando è rilassato gli permette di distendersi e far uscire le feci.

Il nervo che controlla la muscolatura del pavimento pelvico è il nervo pudendo.

E' importante sottolineare che i meccanismi legati alla ritenzione (continenza) e all'espulsione (evacuazione) non dipendono solo dal pavimento pelvico ma sono la risultante di una coordinazione col torace e l'addome che premono sulla parte bassa del ventre: questo spiega perché un colpo di tosse, uno starnuto o una risata fragorosa possano provocare una fuga di urina. La pressione nella gabbia toracica aumenta infatti all'improvviso durante questi eventi e si scarica anche sul pacco intestinale; se il pavimento pelvico ha un buon tono muscolare si contrae e solleva, chiudendo gli sfinteri e compensando così la pressione esercitata dall'alto (*riflesso di difesa perineale*). In caso contrario si ha l'indesiderata fuga, più spesso di urina, qualche volta anche di feci.

Anche la respirazione è coinvolta in questo delicato equilibrio (e infatti ha una funzione fondamentale nella riabilitazione): l'inspirazione e il riempimento dei polmoni esercita una pressione sul P.P. esattamente come il colpo di tosse e attiva il riflesso di difesa descritto prima. Questo avviene soprattutto con la respirazione toracica che viene sfruttata nella riabilitazione proprio per favorire il naturale meccanismo di contrazione e decontrazione o rilasciamento.

3.2 La contrazione paradossa

Le cause della stipsi da ostruita defecazione sono due: la sindrome spastica del pavimento pelvico e la sindrome del perineo discendente. La forma spastica è costituita dalla contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale che, anziché aprire e distendere il retto per permettere il passaggio delle feci all'ano, lo flette e chiude bloccando ogni possibile uscita di massa fecale.

La seconda forma, detta "flaccida" è conseguente al rilassamento delle strutture muscolari del pavimento pelvico con un conseguente prolasso del retto (rettocele) o invaginazione dello stesso nel canale anale. Poiché queste condizioni hanno un'indicazione strettamente chirurgica, non ce ne occuperemo in questa sede.

La diagnosi della disfunzione da contrazione paradossa passa attraverso la valutazione e l'osservazione delle caratteristiche della mucosa ano-rettale (per rilevare la presenza di prolassi, emorroidi, ragadi…), del tono anale di base (nell'anismo il tono è già aumentato a riposo), della capacità contrattile e di rilassamento dello sfintere esterno e del pubo-rettale, dell'eventuale accorciamento/retrazione del pubo-rettale, del coordinamento motorio del ponzamento (sinergia/dissinergia addomino-perineale).

La contrazione muscolare può essere fasica (e cioè rapida, intensa, veloce e breve) oppure tonica (valida, lenta e lunga): nel percorso riabilitativo si utilizzano, in tempi diversi, entrambe le contrazioni. Ma mentre è abbastanza semplice passare dalla contrazione fasica al rilasciamento, per il tipo di pz da noi considerate risulta molto difficoltoso rilasciare l'elevatore dopo una contrazione tonica, così come evidenziato anche dai tracciati di biofeedback.

3.3 La terapia riabilitativa

La mia collaborazione con l'ambulatorio per la riabilitazione del P.P. nacque dalla consapevolezza del fisiatra e delle sue collaboratrici che questo tipo di riabilitazione andava a coinvolgere una parte così intima e profonda del vissuto corporeo di ciascuno di noi, che poteva facilmente suscitare vissuti di vergogna, imbarazzo, rifiuto e impedimenti psicologici: esporre alla vista altrui il proprio perineo e tollerare la manipolazione e l'introduzione di sonde in ano e vagina non è cosa semplice per nessuno, ma in alcuni casi particolari risulta essere fonte di profondo disagio, che la delicatezza dell'operatore non sono sufficienti a superare.

Gli strumenti utilizzati per la riabilitazione del pavimento pelvico sono diversi a seconda della disfunzionalità da curare: fisiochinesiterapia (FSK), elettrostimolazione, biofeedback, riabilitazione volumetrica.

Tutte queste tecniche hanno lo scopo, in modo diverso, di far raggiungere al paziente la padronanza mentale e fisica della specifica parte del suo corpo su cui si interviene, aumentando la consapevolezza di meccanismi che solitamente avvengono in modo automatico (ma non involontario! Come per esempio quando guidiamo la macchina)

I passaggi della riabilitazione sono tre: prendere coscienza della zona corporea da riabilitare (e questo, parlando di area genitale, non sempre è così semplice per il paziente e richiede come abbiamo visto il superamento di alcune inibizioni); fare gli esercizi che permettono un recupero funzionale e una tonificazione della muscolatura; ottenere la stabilizzazione e l'automatizzazione del recupero funzionale [2]

La FSK pelvi perineale riguarda essenzialmente il corretto utilizzo del gruppo muscolare dell'elevatore dell'ano e ha lo scopo di eliminare ogni contrazione muscolare sinergica all'attività perineale, agonista e antagonista, con l'obiettivo di recuperare l'automatismo di questa struttura. L'intervento riabilitativo è preceduto da un'attenta valutazione dello stato osseo e muscolare della paziente, per evidenziare eventuali deficit correlati o meno alla disfunzionalità pelvica. Per fare questo viene valutata prima di tutto la *postura* (utilizzando il podoscopio), i *riflessi*, la *forza muscolare* (attraverso l'esame delle contro resistenze), la *simmetria* delle articolazioni (un difetto di allineamento delle anche può infatti procurare disturbi della defecazione e della continenza urinaria).

Il *biofeedback* da alcuni anni è diventato uno strumento di elezione per questo tipo di riabilitazione. Attraverso l'uso di sondini collegati ad un computer che registra l'intensità della contrazione o del rilassamento e ad un monitor dove questa intensità è trasformata in un grafico, il paziente ha la possibilità di visualizzare in tempo reale l'andamento dell'esercizio. Ciò permette di coinvolgere direttamente la mente nell'esercizio permettendogli di *vedere* ciò che avviene a livello anale e quindi di modularlo con la volontà (ed è quello che noi abbiamo tentato di riprodurre con l'allucinazione ipnotica).

Nella fase iniziale del programma riabilitativo il BFB è importante per la presa di coscienza dell'attività muscolare corretta e degli eventuali errori, nella fase successiva permette di intensificare e monitorare i risultati raggiunti con gli esercizi.

A queste pratiche si associa il *toilet training* che è una procedura comportamentale orientata ad ottimizzare l'atto evacuativo: ha l'obiettivo di riportare verso la normalità un ritmo biologico perduto o soppresso.

Esso consiste in alcune indicazioni da seguire da parte del paziente quali:

- un'abbondante colazione che attivi la peristalsi sfruttando il riflesso gastro-colico
- una visita al bagno dopo 15 minuti ca, anche in assenza dello stimolo
- l'assunzione della posizione corretta (cifotizzazione del tratto lombare ottenibile con un rialzo sotto i piedi) che facilita il rilassamento del pavimento pelvico e l'allargamento dell'angolo ano-rettale
- la respirazione diaframmatica grazie alla quale la spinta non origina dalla muscolatura addominale.

3.4 Il trattamento proposto alle nostre pazienti

Colloquio di arruolamento (condotto in modo congiunto dalla psicologa e dalla fisioterapista): durante questo primo incontro viene proposto alla paziente, che di solito ha già fatto un ciclo di FSK per il suo disturbo avvalendosi del BFB, di prendere parte al nostro studio, le viene illustrato il percorso e le vengono proposte le scale di valutazione.

Al termine del colloquio la paziente viene visitata dalla fisioterapista per un'ulteriore valutazione della contrazione paradossa sia manuale sia tramite biofeedback; nello stesso tempo le vengono ricordate le tecniche di respirazione e di rilassamento muscolare già apprese durante il trattamento precedente.

Colloquio psicologico: in questo secondo incontro viene raccolta un'anamnesi approfondita della storia della paziente e, attraverso una valutazione diagnostica, vengono escluse gravi psicopatologie.

Sedute di ipnosi: nelle sedute successive (cinque) la paziente viene sottoposta ad ipnosi per l'allucinazione del biofeedback associata ad un'immagine di rilassamento (fiore che si apre) e viene condizionata tramite ancoraggio.

Colloquio conclusivo di valutazione (condotto in modo congiunto dalla psicologa e dalla fisioterapista): vengono raccolti i risultati, riproposte le scale di valutazione e ripetuto il biofeedback.

4 Metodologia

4.1 Progettazione dello studio

Scopo del nostro lavoro è indagare se l'uso dell'ipnosi in pz con stipsi da contrazione paradossa migliora i risultati della riabilitazione fisioterapica applicata a tale disturbo.

Gli obiettivi che ci siamo pertanto prefissati sono:

- Risoluzione o miglioramento della sintomatologia
- Acquisizione del controllo volontario della muscolatura pubo-rettale
- Incremento del benessere dei pz trattati

4.2 Il campione

I soggetti coinvolti nello studio sono cinque persone di sesso femminile che si sono rivolte all'ambulatorio della riabilitazione del pavimento pelvico su indicazione di un proctologo con diagnosi di stipsi da contrazione paradossa

e che si sono già sottoposte ad un ciclo di fisioterapia senza ottenere risultati soddisfacenti.

CRITERI di INCLUSIONE:

Demografici:	Sesso femminile
	Età: 45-70 aa
	Indipendente la razza
Clinici:	Soggetti con diagnosi di stipsi da contrazione paradossa (defecografia) già trattati con un ciclo di FSK
Temporali:	Soggetti visti in visita fisiatrica nell'ultimo anno (giugno 2013 – giugno 2014)

CRITERI di ESCLUSIONE:

- Quadro clinico complicato da psicopatologia
- Gravi complicanze organiche

I soggetti coinvolti sono stati selezionati tramite:

- Consultazione della cartella clinica
- Colloquio con psicologa e fisioterapista con proposta di trattamento

4.3 Strumenti

Gli strumenti utilizzati per lo svolgimento della ricerca sono:

- Colloquio clinico
- Biofeedback
- Sedute di ipnosi

Per la valutazione dei risultati sono stati utilizzati:

- Diario di defecazione
- Scale di valutazione: Constipation Scoring System / Constipation Assestment Scale / Scala di Bristol
- Questionario CORE-OM (Clinical Outcome for Routine Evaluation)

4.4 Protocollo ipnotico

Dopo un'approfondita anamnesi psicologica, tutte le pazienti (che non avevano mai fatto esperienze di induzione ipnotica né di tecniche di rilassamento, tranne Silvia) sono state indotte a costruire il "luogo sicuro": questa prima esperienza mi ha permesso sia di creare rapidamente una relazione di fiducia (di solito è un'esperienza piacevole e rilassante) sia di misurare la capacita di allucinazione visiva dei soggetti, per prepararle ad allucinare l'immagine del fiore associata alla curva del biofeedback che già conoscevano.

Nella seconda seduta ho fatto assumere alle pazienti la corretta postura per evacuare (secondo le indicazioni della fisioterapista) e le ho portare ad allucinare il lento dischiudersi di un fiore sotto il raggio di sole che al mattino lo fa aprire. Una volta dato l'ancoraggio, ho chiesto alle pazienti di ripetere l'esercizio per una settimana ogni giorno.

In terza seduta ho aggiunto all'immagine del fiore, come su di uno schermo, quella della curva del biofeedback (la cui stampa avevamo di fronte prima di iniziare).

E di nuovo ho chiesto di ripeterlo a casa nel momento della tentata evacuazione.

Nelle sedute successive ho ascoltato e rinforzato i loro progressi, adattando l'induzione per renderla più personale e adeguata alle necessità delle diverse pazienti.

5 Le storie

5.1 ENRICA

Dati anagrafici

52 aa, sposata, 2 figli di 14 e 24 aa, lavora come commessa part-time nella gastronomia del cognato. Genitori entrambi defunti anni fa.

Anamnesi clinica

Non riferisce patologie di rilievo né assunzione continuativa di farmaci.

Entrambi i figli nati con parti eutocici, con lieve lacerazione al II parto.

La pz riferisce la tendenza abituale a trattenere e ritardare lo stimolo. Lamenta inoltre una lieve IUS da sforzo (tosse, starnuti, sollevamento di pesi…) migliorata dopo un ciclo di FSK alcuni anni fa.

Si ripresenta ad aprile 2014 in ambulatorio FSK su invio del proctologo per una *sindrome da defecazione ostruita* presente da circa 1 aa: riferisce stipsi ostinata con necessità di manovre digitali, malattia emorroidale nota, saltuaria ematochezia.

La defecografia evidenzia la tendenza a chiudere l'angolo ano-rettale in fase espulsiva con estrinsecazione di rettocele anteriore.

Le scale somministrate in prima seduta hanno rilevato un livello di stipsi moderato (C.S.S.= 13 – CAS = 7) e la curva del biofeedback evidenziava una difficoltà di controllo della contrazione nel momento della spinta con un tono basico elevato.

Anamnesi psicologica

La pz si presenta al colloquio disponibile, lucida e collaborante; è curata nell'aspetto ma la cosa che colpisce maggiormente è la difficoltà a mantenere il contatto visivo associata ad un eloquio caratterizzato da tic nervosi e logorrea che rende difficile, almeno in un primo momento, raccogliere informazioni coerenti e precise sulle sue problematiche.

Il linguaggio, pur nell'eccessiva produzione di parole, è comunque appropriato.

La preoccupazione relativa alla problematica per cui chiede aiuto è adeguata e non eccessiva ma un elevato livello d'ansia pervade il racconto di tutti gli aspetti della sua vita, in particolare i rapporti famigliari.

La capacità di astrazione è scarsa così come la capacità di rilassarsi. Riferisce una buona relazione con il partner da cui si sente compresa e sostenuta; anche la rete sociale è riferita soddisfacente.

Il livello di autostima non è molto elevato ma nel complesso riferisce una qualità di vita soddisfacente, solo in parte intaccata dal disturbo per cui si è rivolta al Centro (limitazioni nell'alimentazione e frequenti dolori)

Nonostante l'ansia di tratto elevata, non si rilevano disturbi psicopatologici degni di nota per cui si concorda con la pz di iniziare il percorso di ipnosi, proposta che viene accolta con curiosità ed entusiasmo.

Adesione al trattamento

La pz si presenta puntuale a tutti gli appuntamenti: è collaborativa nonostante la grande difficoltà, soprattutto le prime volte, ad affidarsi alla terapeuta.

Inizialmente sembra non capire come poter visualizzare le cose suggerite e le risulta difficile ripetere a casa l'esercizio; solo verso la fine del trattamento inizia a riferire un beneficio nell'aver associato le visualizzazione agli esercizi suggeriti dalla fisioterapista.

(Enrica è l'unica pz ad aver seguito contemporaneamente il percorso FSK e quello psicologico poiché in precedenza era stata già seguita ma per un disturbo di incontinenza.)

Risultati ottenuti

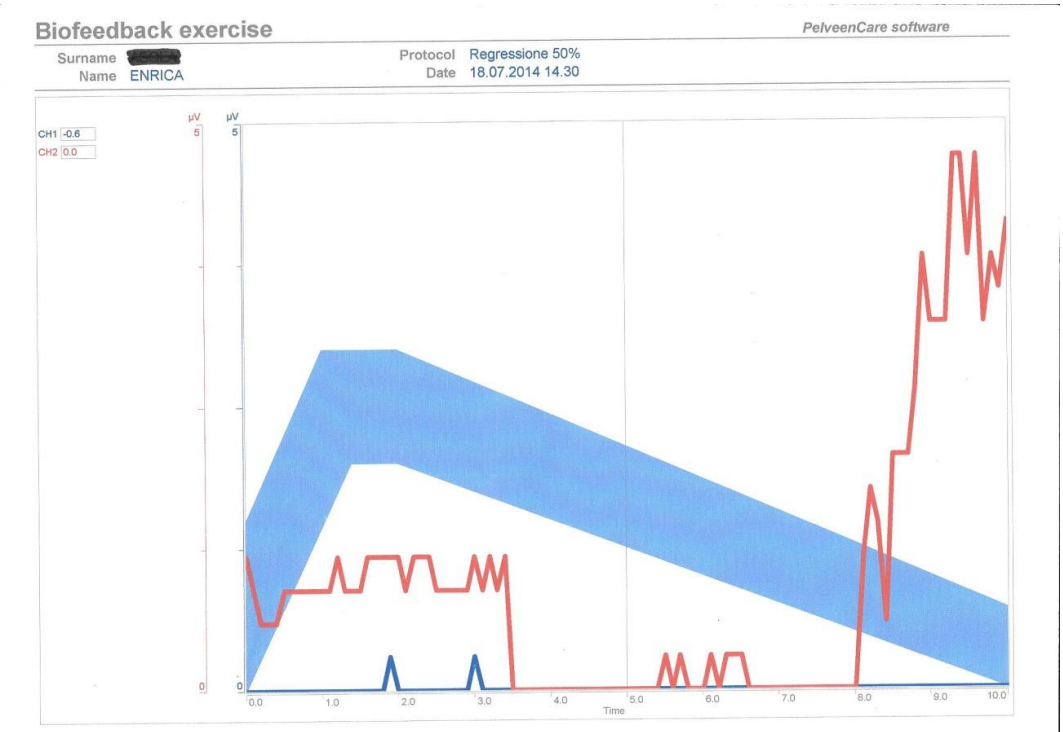
I valori delle scale sono entrambi diminuiti e uno si è addirittura azzerato (C.S.S.= 0 – CAS = 3)

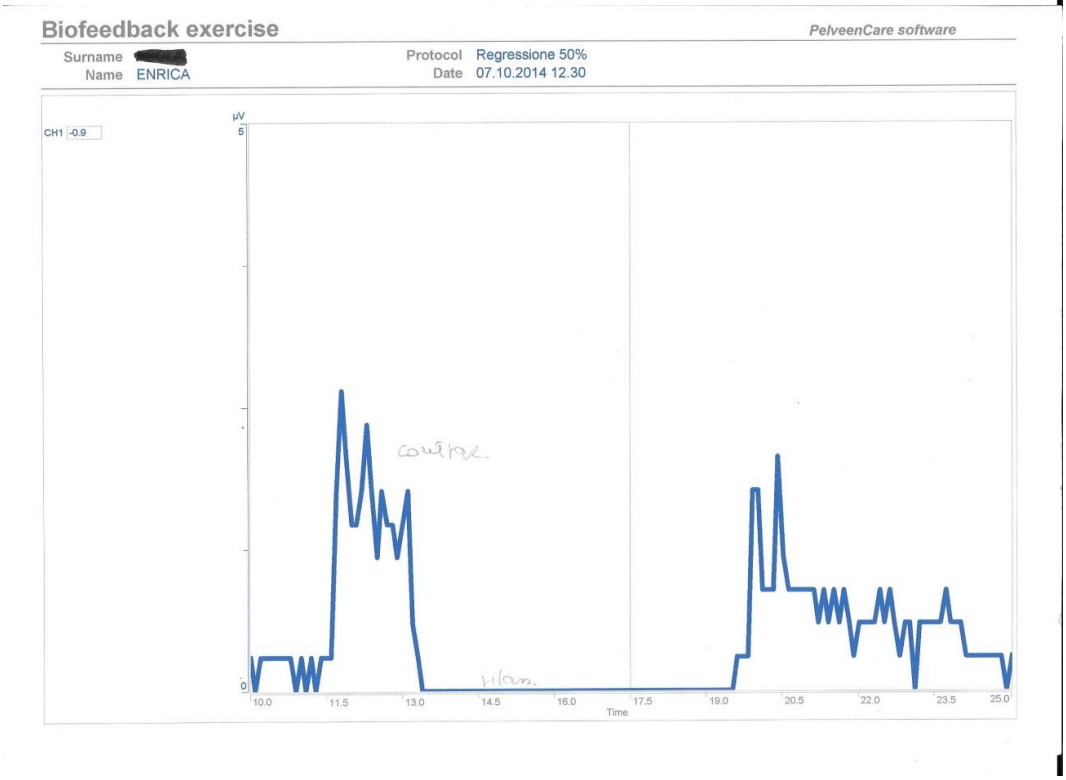
Il biofeedback ha evidenziato un notevole miglioramento della capacità di controllo della contrazione.

Soggettivamente la pz riferisce un netto miglioramento della problematica , con diminuzione o scomparsa dei sintomi dolorosi, diminuzioni delle digitazioni per concludere l'evacuazione e sensazione di maggior controllo del meccanismo muscolare grazie alle tecniche di rilassamento apprese.

Dal punto di vista psicologico sembrano lievemente migliorati i livelli di funzionamento e l'approccio ai problemi (dimensione P/F del CORE-OM mentre le altre dimensioni sono rimaste invariate); la pz riferisce una diminuzione della modalità ansiosa e un aumento della capacità di "lasciar

andare" e quindi non controllare tutti quanti gli aspetti della vita sua e, soprattutto, dei suoi figli.





5.2 MARISA

Dati anagrafici

67 aa, sposata, 1 figlio di 39 aa e una figlia di 37 aa, pensionata Ferrero, ama la campagna e stare all'aria aperta.

Per nove anni ha accudito il padre, colpito da ictus, che poi è morto nel 1998.

Madre deceduta alcuni anni prima.

Si riferisce a questo come ad un buon periodo della sua vita, illuminato dalla gioia di una nipotina di 5 aa e adombrato dalla relazione del figlio con una donna molto più vecchia di lui, relazione che né lei né il marito approvano (quando la incontro questo è un tema "caldo" perché il figlio sta per sposarsi e loro sono incerti se partecipare o meno alla cerimonia)

Anamnesi clinica

Non patologie di rilievo né assunzione continuativa di farmaci.

Trattata quattro anni fa su indicazione del proctologo per stipsi ostinata con dolore anorettale; la sintomatologia dolorosa era notevolmente migliorata con il trattamento ma era rimasta la mancanza totale dello stimolo e la necessità di digitazione per svuotare il rettocele, anche a causa della contrazione paradossa non risolta.

Le scale somministrate in prima seduta hanno rilevato un livello di stipsi moderata (C.S.S.= 14 – CAS =8) e la curva del biofeedback evidenziava un tempo di rilassamento decisamente lungo, che non raggiungeva mai il tono di base.

Anamnesi psicologica

La pz si presenta al colloquio disponibile, lucida e collaborante; è curata nell'aspetto che tuttavia è semplice e dimesso; mantiene senza difficoltà il contatto visivo e una postura distesa e rilassata; il linguaggio è semplice ma appropriato e l'eloquio fluido e spontaneo, caratterizzato da intercalari dialettali, soprattutto quando deve esprimere concetti emotivamente pregnanti. Le informazioni che fornisce sono chiare, precise e coerenti; tentenna solo quando si sente "in difetto" (per esempio per non aver fatto gli "esercizi" prescritti a casa).

La preoccupazione relativa alla sua problematica fisica è adeguata e non eccessiva: ha fiducia nel trattamento soprattutto perché ha tratto beneficio da quello precedente.

Un approccio pragmatico e concreto alla vita limita la capacità di astrazione ma non le impedisce di avvicinarsi con curiosità a nuove esperienze come quella dell'ipnosi.

Il tono dell'umore è buono (si definisce "solare e ottimista") e nel complesso si ritiene molto soddisfatta della sua vita e delle sue relazioni famigliari, se non fosse per la sventurata scelta del figlio….

Il suo disturbo le crea un lieve disagio, soprattutto da quando non ha più dolore.

Non si rilevano disturbi psicopatologici degni di nota.

Adesione al trattamento

La pz non sempre è costante negli appuntamenti (il matrimonio … la frutta da raccogliere …. la nipotina …) ma è collaborativa e pare vivere con piacere le

sedute; come già nella FSK è incostante nell'autoipnosi, anche a causa di un'abitudine culturale a non concedersi molto tempo per sé (neanche per andare in bagno!!!)

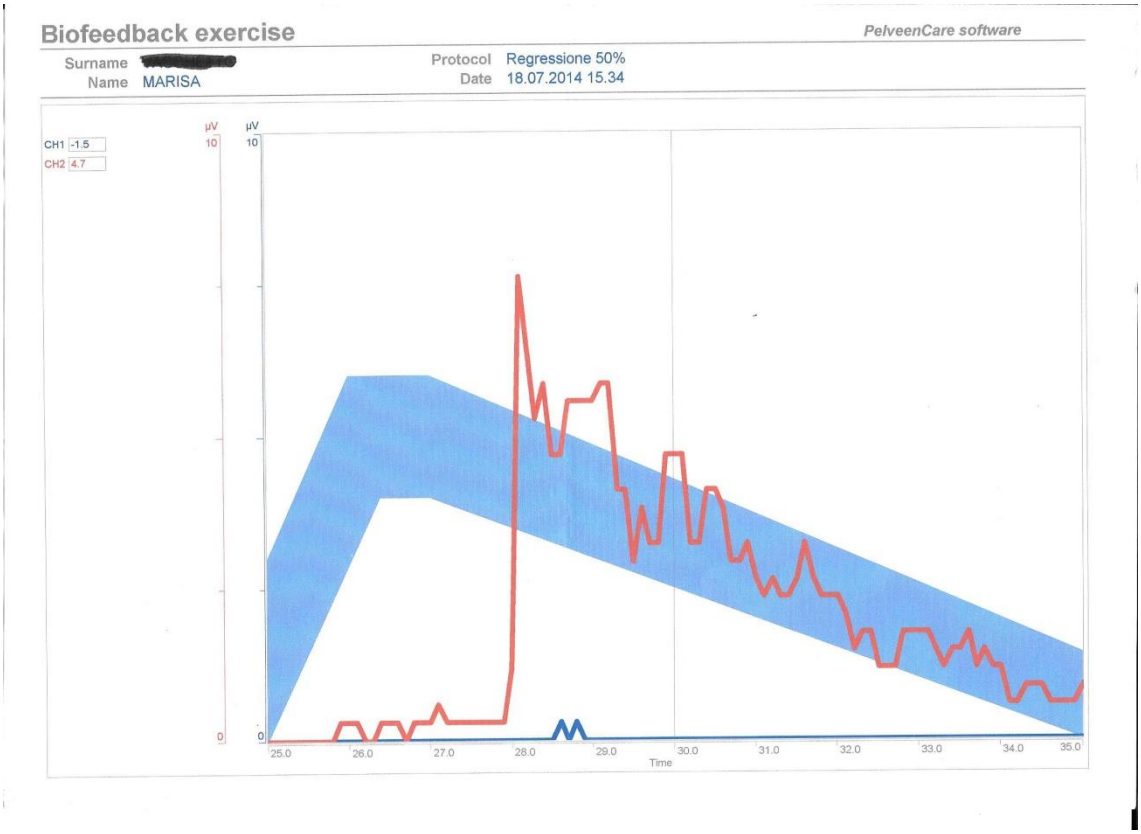
Gradisce molto la scelta del fiore per la visualizzazione perché la natura è una dimensione che sente molto sua.

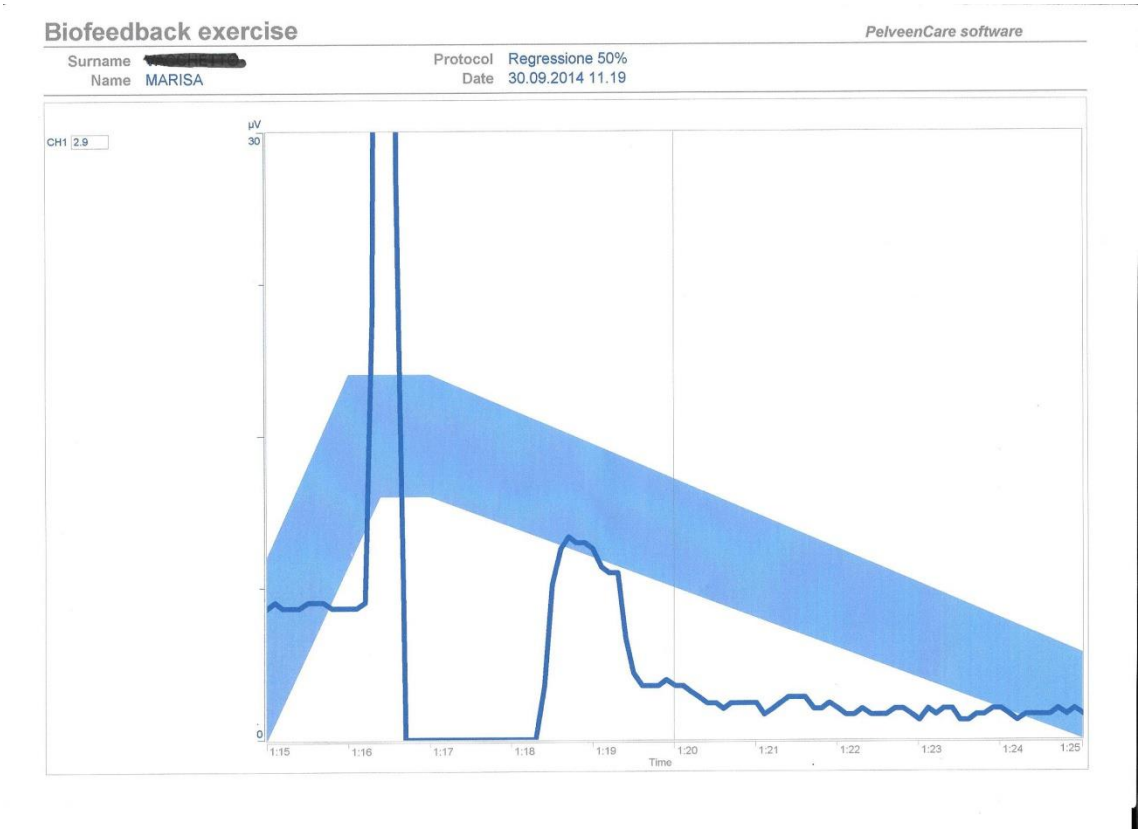
Risultati ottenuti

I valori delle scale non si sono molto modificati (C.S.S.= 8 – CAS = 7) ma nella restituzione verbale e nel biofeedback la capacità di rilasciamento sembra essere notevolmente migliorata..

Soggettivamente la pz riferisce di aver recuperato la sensibilità allo stimolo e di aver acquisito il suo ritmo, anche grazie all'aver imparato a prendersi un tempo per sé, per rilassarsi e per ascoltare il suo corpo (cosa che prima non faceva mai).

Dal punto di vista psicologico il benessere, i livelli di funzionamento e l'approccio ai problemi, già buoni in precedenza e privi di rilevanza clinica, sono rimasti praticamente invariati.


Biofeedback exercise
PelveenCare software
Surname [redacted]
Name MARISA
Protocol Regressione 50%
Date 18.07.2014 15.34
CH1 -1.5
CH2 4.7
µV
10
0
25.0
26.0
27.0
28.0
29.0
30.0
31.0
32.0
33.0
34.0
35.0
Time


Biofeedback exercise
PelveenCare software
Surname [redacted]
Name MARISA
Protocol Regressione 50%
Date 30.09.2014 11.19
CH1 2.9
µV
30
0
1:15
1:16
1:17
1:18
1:19
1:20
1:21
1:22
1:23
1:24
1:25
Time

5.3 SILVIA

Dati anagrafici

52 aa, sposata, 1 figlia di 26 aa, è insegnante elementare.

Non ha più i genitori ma si occupa dell'anziana suocera.

Anamnesi clinica

Da anni soffre di dolori cervicali e di forti emicranie.

Lieve IUS da sforzo (tosse, starnuti, sollevamento di pesi…) migliorata dopo un ciclo di FSK eseguito sette anni fa; in quell'occasione la pz era stata anche seguita dalla psicologa per un disturbo d'ansia che interferiva con il trattamento.

Tre anni fa nuova presa in carico dell'ambulatorio FSK su invio del proctologo per un peggioramento della stipsi con cui combatte da sempre: necessità di manovre digitali, successiva insorgenza di dolore anale e ragadi.

La pz lamenta soprattutto assenza dello stimolo e svuotamento innaturale e incompleto.

La defecografia del 2009 evidenziava ridotta escursione della giunzione anorettale nel passaggio dalla fase di riposo a quella di straining e sqeeze nonché contrazione paradossa della fionda ano-rettale.

Dopo un miglioramento della sintomatologia (riepitilizzazione della ragade e scomparsa del dolore anale) negli ultimi mesi il problema si è ripresentato con maggior forza spingendola a chiedere nuovamente aiuto.

Le scale somministrate in prima seduta hanno rilevato un livello di stipsi moderato/grave (C.S.S.=16 – CAS= 10) e la curva del biofeedback evidenziava un tempo di rilassamento (peraltro incompleto) decisamente lungo.

Anamnesi psicologica

La pz si presenta al colloquio molto disponibile, lucida e collaborante; è curata nell'aspetto pur nella scelta di colori e toni dimessi.

Manifesta fin da subito il piacere di rincontrare la terapeuta con cui aveva già lavorato in passato, soprattutto in un momento di disagio e sofferenza.

La postura e l'atteggiamento non verbale, pur caratterizzati da apertura e un buon contatto visivo, evidenziano un tono dell'umore basso; il linguaggio è appropriato e l'eloquio fluente; fornisce informazioni precise e coerenti.

La preoccupazione relativa alla problematica fisica è elevata ma vi è associata una buona consapevolezza delle implicazioni psicologiche legate alla problematica stessa e della tendenza alla somatizzazione.

La capacità di concentrazione e attenzione risultano integre e continue, così come quelle di comprensione, critica e giudizio; anche la capacità introspettiva e di astrazione è di notevole livello. Ciò che difetta è la prospettiva del futuro e la fiducia di poter risolvere le sue difficoltà. Anche se negli ultimi anni Silvia è riuscita a prendere in mano la sua vita concedendosi molte libertà che prima si negava e imparando a difendersi dai comportamenti umilianti e svilenti del marito, persiste in lei un'ansia e una preoccupazione costante per sé e per la figlia.

Infatti tutte le dimensioni del CORE-OM (compresa quella del rischio) superano i cut off della popolazione non clinica.

E' senz'altro necessario tenere presente nel percorso la presenza di tali valenze di tipo ansioso-depressivo.

Adesione al trattamento

La pz si presenta puntuale a tutti gli appuntamenti: è collaborativa e fin dalla prima seduta mostra una notevole facilità ad andare in trance, da cui sembra trarre immediato beneficio.

Realizza senza grosse difficoltà il monoideismo suggerito e le visualizzazioni collegate alla sua problematica. Applica fin da subito a casa le tecniche apprese e in breve tempo le utilizza in modo proficuo per affrontare la sua difficoltà.

Risultati ottenuti

I valori delle scale sono entrambi diminuiti (C.S.S.= 9 – CAS = 5) andando ad individuare una collocazione della stipsi ad un livello "lieve".

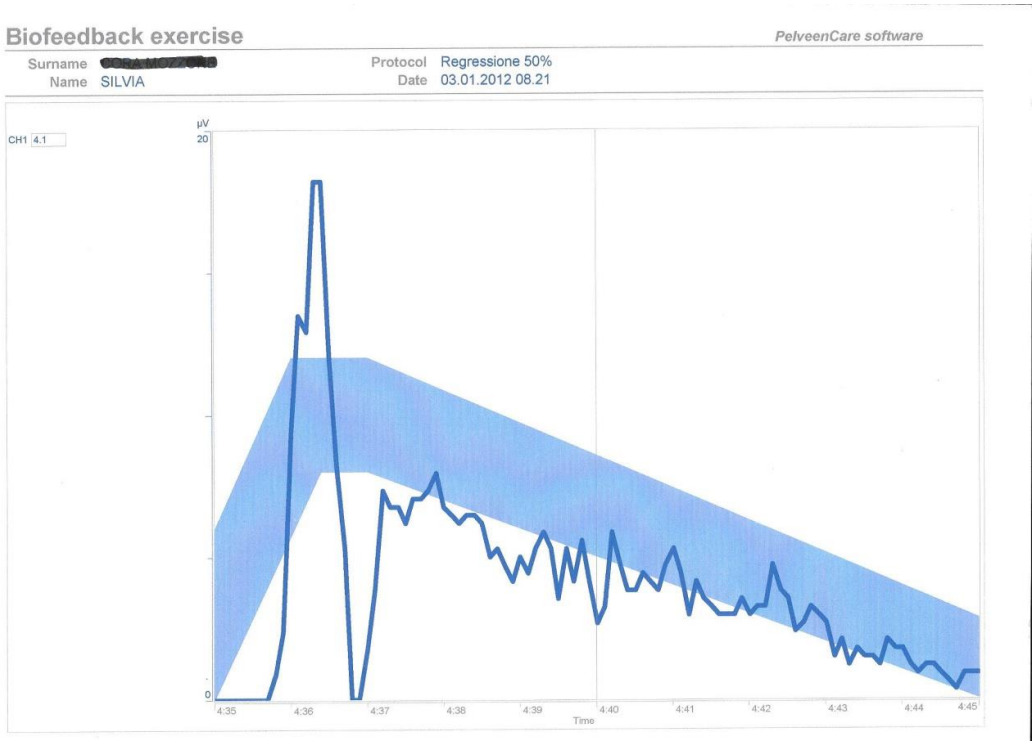
Ha migliorato notevolmente la capacità di raggiungere e mantenere in breve tempo un buon livello di rilassamento del muscolo anale, così come rilevato dal biofeedback .

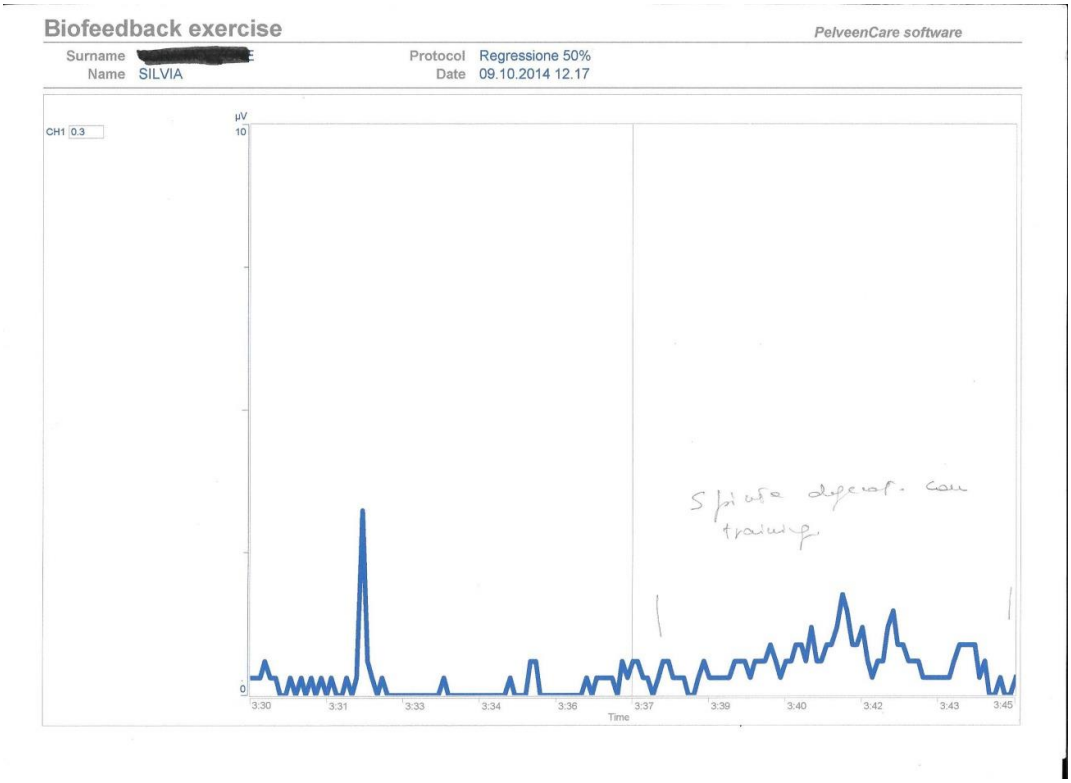
Soggettivamente la pz riferisce un netto miglioramento della problematica e, di conseguenza, del proprio vissuto emotivo: "erano anni che non percepivo più lo stimolo ad evacuare; ora vado in bagno spontaneamente con regolarità. Mi sembra un sogno…"

Dal punto di vista psicologico sono decisamente migliorati tutti i livelli (benessere, funzionamento e approccio ai problemi) arrivando a valori di non significatività clinica.

Visti i benefici raggiunti la paziente ha chiesto di poter proseguire il trattamento con l'ipnosi per affrontare altre problematiche legate soprattutto

alla gestione di ansie lavorative comparse nelle ultime settimane con l'inizio dell'anno scolastico.





5.4 FRANCESCA

Dati anagrafici

65 aa, separata, 1 figlia di 33 aa che vive con lei, ha lavorato fino a due aa fa come OS in ospedale, ora è in pensione e si occupa dei genitori molto anziani (90 e 88 aa)

Ex marito, tuttora in vita, con diagnosi di schizofrenia; ha due sorelle di 60 e 62 anni con cui ha rapporti ambivalenti.

Anamnesi clinica

Non patologie di rilievo né assunzione continuativa di farmaci, solo antidolorifici per artrosi.

Era stata trattata quattro anni fa su indicazione del proctologo per stipsi ostinata in presenza di importante contrazione paradossa (rilevata chiaramente dal tracciato di biofeedback); ha tratto beneficio dalla terapia riabilitativa, soprattutto per quanto riguarda la fase "educazionale" ma aveva riscontrato notevoli difficoltà negli esercizi; la comparsa di un rettocele e la diverticolite di cui soffre ha ulteriormente aggravato la sintomatologia.

Le scale somministrate in prima seduta hanno rilevato un livello di stipsi moderato (C.S.S.= 12 – CAS = 7)

Anamnesi psicologica

La pz si presenta al colloquio disponibile, lucida e collaborante; è molto curata nell'aspetto, graziosa e non dimostra affatto la sua età ma sembra invece molto più giovane (cosa di cui è molto orgogliosa); sfugge, almeno inizialmente, il contatto visivo e la postura rivela tensione e chiusura ma poco per volta si scioglie e assume un atteggiamento più rilassato.

Il linguaggio è semplice ma appropriato, caratterizzato da un eloquio a volte trattenuto a volte più fluente: sembra poco abituata a parlare di sé e a dedicarsi uno spazio di ascolto.

La preoccupazione relativa alla problematica per cui chiede aiuto è adeguata e non eccessiva ma il tono dell'umore è comunque basso e malinconico.

La sua rete sociale non è molto ampia e spesso Francesca sente il peso della solitudine e la tristezza di aver dedicato tutta la vita alla cura della figlia e dei genitori, senza essersi data la possibilità di ricostruirsi una vita dopo la scoperta della malattia del marito e la separazione.

Il livello di autostima oscilla a seconda delle persone con cui si mette a confronto ma non è comunque molto elevato; non è soddisfatta della sua vita ma è come se non vedesse più futuro per sé. I problemi di salute, seppur non gravi, appesantiscono ulteriormente questi vissuti depressivi togliendole spensieratezza.

Nonostante la presenza di queste valenze di tipo ansioso-depressivo, non possiamo parlare di una schietta psicopatologia: infatti tutte le dimensioni del CORE-OM (compresa quella del rischio) si mantengono al di sotto di una significatività clinica.

Adesione al trattamento

La pz intraprende il trattamento con entusiasmo e curiosità, si presenta puntuale a tutti gli appuntamenti, è collaborativa e si affida senza grosse difficoltà alla terapeuta.

La capacità di visualizzazione non è all'inizio molto elevata ma col procedere delle sedute migliora notevolmente; verso la fine del trattamento riferisce

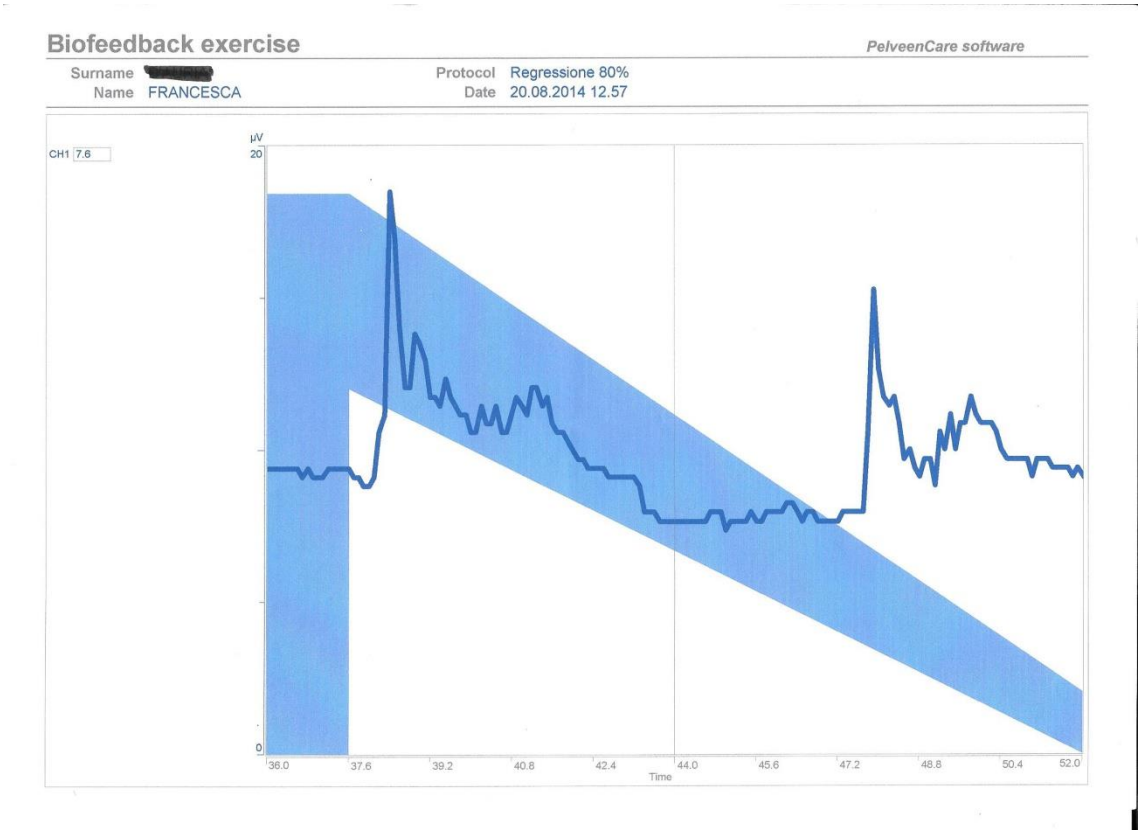
beneficio dalle visualizzazione ma continua ad avere molte difficoltà ad applicare le tecniche di respirazione suggerite dalla fisioterapista.

Risultati ottenuti

I valori delle scale sono solo lievemente diminuiti (C.S.S.= 10 – CAS = 6) ma il biofeedback ha evidenziato un notevole miglioramento della capacità di rilasciamento della contrazione.

Soggettivamente la pz riferisce un miglioramento della problematica , con l'acquisizione di un ritmo regolare nell'evacuazione e, soprattutto, l'appropriazione delle tecniche di rilassamento.

Ha chiesto di poter proseguire il trattamento anche per le altre problematiche emerse durante i colloqui.

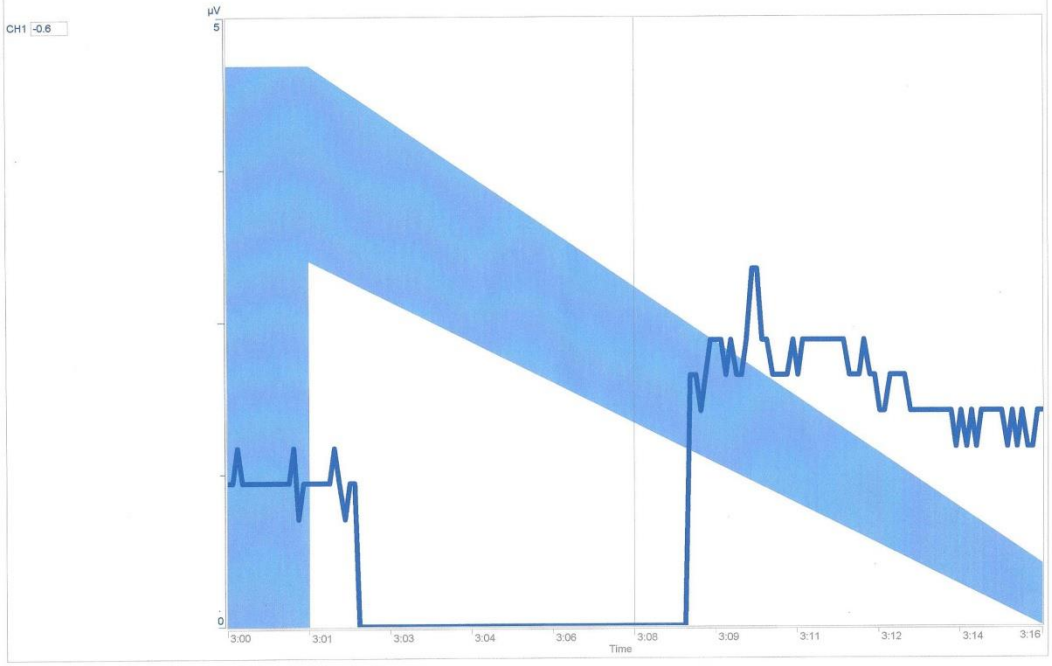


Biofeedback exercise

PelveenCare software

Surname [redacted]
Name FRANCESCA

Protocol Regressione 80%
Date 30.09.2014 12.24



5.5 PAOLA

Dati anagrafici

58 aa, sposata, 3 figli di 30, 33 e 37 aa, di origine rumena lavora come badante da molti anni presso la stessa famiglia

Anamnesi clinica

In seguito ad un intervento di isterectomia, comparsa di stipsi ostinata che lei ha sempre curato alternando o mischiando lassativi diversi.

Quest'inverno, in seguito ad un trattamento di FSK, aveva passato un periodo di relativo benessere ma le sue difficoltà sono ricomparse intorno al mese di giugno e quindi Paola è tornata in ambulatorio su invio del proctologo; attraverso la defecografia infatti la contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale era parsa evidente.

Le scale somministrate in prima seduta hanno rilevato un livello di stipsi grave (C.S.S.= 19 – CAS = 14) e non è stato possibile sottoporla al biofeedback a causa del dolore anale inizialmente molto forte.

Si decide di iniziare comunque il trattamento con le tecniche di rilassamento, ma nel frattempo la situazione andava via via peggiorando dal punto di vista sintomatico sia per il dolore sia per la comparsa di muco.

Si è deciso di chiedere un nuovo consulto medico, anche perché Paola come sempre mischiava vari rimedi rendendo difficile individuare ciò che era di giovamento e ciò che poteva peggiorare la situazione.

A pochi giorni dal consulto è comparsa una tenia nelle feci di Paola e quindi si è deciso di interrompere la sua partecipazione allo studio per procedere al trattamento atto a debellare l'infestazione parassitaria.

6 Commento dei Risultati

La prima considerazione relativa al percorso fatto è che mi aspettavo molte più resistenze da parte delle pz di fronte alla proposta di provare l'ipnosi per il loro problema. In realtà è stata accolta da tutte e cinque con grande disponibilità e curiosità. Tutte, anche la persona che ha dovuto interrompere il percorso, hanno riferito un beneficio generale dal trattamento e, soprattutto, l'aver acquisito uno strumento che, in alcuni casi, è stato da loro utilizzato anche al di fuori del momento specifico dell'evacuazione (Silvia e Francesca)

I risultati positivi relativi alla problematica specifica sono stati molto confortanti e la semplicità dello strumento hanno spinto le fisioterapiste che collaborano con me a chiedere un formazione specifica per poterlo usare in autonomia.

In questo senso è stato interessante poter individuare anche problematiche più complesse in un paio di pazienti (sempre Silvia e Francesca) e poter quindi intraprendere con loro un percorso di psicoterapia e ipnosi terapia: questo ha permesso a me e allo staff delle fisioterapiste di comprendere i vari livelli di utilizzo dell'ipnosi e la complessità ad essi correlata.

7 Conclusioni

Sono noti da lungo tempo gli effetti positivi dell'ipnosi sulla IBS che ci sono stati ampiamente illustrati anche dal dr. Miroglio nelle sue lezioni.

Anche nella sindrome da contrazione paradossa, in cui la parte volontaria è più direttamente coinvolta, possiamo affermare che l'associazione tra biofeedback (trattamento di elezione con l'elettrostimolazione) e ipnosi porta a risultati migliori e più soddisfacenti, restituendo alle pazienti la percezione dello stimolo (in tutti i casi del nostro studio) e un vissuto di "normalità" relativo all'atto defecatorio, normalità che spesso era andata perduta in molti anni di stipsi.

Possiamo quindi affermare che nelle pazienti affette da tale disturbo l'ipnosi è in grado di sostituire ad un ipercontrollo "involontario" del pavimento pelvico un controllo volontario e consapevole del suo rilasciamento.

Bibliografia

[1] M. D. Gershon *The second brain: a groundbreaking new understanding of* nervous disorders of the stomach and intestine, 1998, trad. Il secondo cervello, Milano, UTET, 2006

[2] A. Del Genio – L. Brusciano *Riabilitazione del pavimento pelvico,* Napoli, IDELSON-GNOCCHI, 2009

[3] A. Nicastro *Il dono negato Storie di stitichezza e dintorni* Cosenza, Luigi Pellegrini Editore, 2008

[4] R. Bandler – J. Grinder *Trance-formations* Real People Press, 1981, trad. *Ipnosi e trasformazione,* Roma, Astolabio, 1983

[5] A. Lowel *Pyisical dynamics of character structure* Grune & Stratton, New York, 1985 trad. Il linguaggio del corpo, Milano, Feltrinelli, 2003

[6] W. M. Gonsalkorale, P. J. Whorwell *Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome,* Eur J Gastroenterol Hepatol, 2005, 17: 15-20

[7] W. M. Gonsalkorale, V. Miller, A.Afzal, P. J. Whorwell *Long term benefits of hLong term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome*, Gut, 2003, 52: 1623-1629

[8] P. J. Whorwell, A. Prior, A. Faragher, *Controlled trial of hpnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome,* Lancet, 1984, II: 1232-1234

[9] O.S. Palsson, M.J. Turner, D.A. Johnson *Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanisms and effects on symptoms,* DIG DIS SCI, 2002, 47: 2605-2614

[10] W. M. Gonsalkorale, L.A Houghton, P.J. Whorwell *Hypnotherapy in the irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service whit examination of factors influencing responsiveness,* Am J Gastroenterol 2002, 97: 954-961

[11] W. M. Gonsalkorale, B.B. Toner, P. J. Whorwell *Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome,* J Psychosom Res, 2004, 54: 271-278

[12] L.A Houghton, D.J. Heyman, P. J. Whorwell *Symptomatology, quality of life, and economic features of irritable bowel syndrome: the effect of hypnotherapy,* Aliment Pharmacol Ther 1996, 10: 91-95

[13] R. Harvey, R.A. Hinton, R.M. Gunary et al. *Individual and group hypnotherapy in the treatment of refractory irritable bowel syndrome,* Lancet, 1989, I: 424-425

[14] T.E. Galovski, E.B. Blanchard *The treatment of irritable bowel syndrome whit hypnotherapy,* Appl Psychophysiol Biofeedback 1998, 23: 219-232

[15] F. Alexander *Medicina psicosomatica* Giunti Barbera, Firenze, 1951

[16] T.Dethlefsen *Malattie e destino* ed. Mediterranee, 2000

Allegati

1 – Questionario CORE-OM

2 – Diario defecatorio

3 – CAS Constipation Assesment Scale

4 – CSS Constipation Scoring System

5 – Scala di Bristol

Cod. sito ☐☐☐☐☐

Cod cliente ☐☐ ☐☐☐☐☐

Cod terap. ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
gg m aa

Stadio completato
S Screening
I Invio
A Assessment
P Prima seduta
PT Pre-terapia (non specif.)
D Durante terapia
U Ultima seduta
X Follow up 1
Y Follow up 2

Età ☐☐
Maschio ☐
Femmina ☐
Stadio ☐
Episodio ☐

C O R E- Outcome Measure

Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 34 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA.
Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni.
Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.
La preghiamo di usare una penna (non una matita) e di segnare in modo chiaro le caselle.

Nell'ultima settimana	Per nulla	Solo occasional -mente	Ogni tanto	Spesso	Molto spesso o sempre	Ad uso interno
1- Mi sono sentito terribilmente solo e isolato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2- Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3- Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4- Mi sono sentito a posto con me stesso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5- Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6- Sono stato violento fisicamente verso altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7- Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8- Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9- Ho pensato a farmi del male.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10- Non ho avuto la forza di parlare con le persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11- La tensione e l'ansia mi hanno impedito di fare cose importanti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12- Sono stato contento per le cose che ho fatto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13- Sono stato disturbato da pensieri e stati d'animo indesiderati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14- Ho avuto voglia di piangere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si prega di voltare pagina

1

Nell'ultima settimana	Per nulla	Solo occasionalmente	Ogni tanto	Spesso	Molto spesso o sempre	Ad uso interno
15- Ho provato panico o terrore.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16- Ho progettato di mettere fine alla mia vita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17- Mi sono sentito sopraffatto dai miei problemi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18- Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19- Ho provato calore o affetto per qualcuno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20- Mi è stato impossibile mettere da parte i miei problemi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21- Sono stato in grado di fare la maggior parte delle cose che dovevo fare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22- Ho minacciato o intimorito qualcuno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23- Mi sono sentito affranto o senza speranza.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24- Ho pensato: "Sarebbe meglio essere morto".	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25- Mi sono sentito criticato da altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26- Ho pensato di non avere amici.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27- Mi sono sentito infelice.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28- Sono stato turbato da immagini o ricordi indesiderati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29- Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30- Ho pensato che è mia la colpa dei problemi e delle difficoltà che ho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31- Mi sono sentito ottimista per il mio futuro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32- Ho ottenuto ciò che volevo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33- Mi sono sentito umiliato o messo in imbarazzo da altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34 -Mi sono fatto del male fisicamente o ho messo seriamente in pericolo la mia salute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Grazie del tempo dedicato a completare il questionario!

Punteggio totale

Punteggio medio
(Punteggio totale diviso per il numero di items compilati)

(B)	(P)	(F)	(R)	Tot.	Tot. - R
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2

BRA
ALBA
Azienda Sanitaria Locale
Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@regione.it – www.aslcn2.it
P.I./Cod. Fisc. 02419170044

S.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
Via Toti 3 - 12051 Alba (CN) - ☎ 0173316174
Via V. Emanuele, 3 – 12042 Bra (CN) - ☎ 0172420247

Cognome e nome : _____

Nato il ____/_____/_____ Telefono _____

DIARIO DEFECATORIO (O INTESTINALE)

Ora	LU	MA	ME	GIO	VE	SA	DOM
Natura *							
Quantità *							
Tempo							
Dolore							
Digitaz							
Liquidi ass							
Caffè/Tè							
Lassativi							

* Natura :		* Quantità	
N	Normali	S	Poco (meno di 250 ml)
H	Dure, secche	M	Normale (da 250 a 500m.)
W	Liquide, acquose	A	Abbondante (più di 500m.)
P	pastose		
B	Voluminose non formate		

REGIONE PIEMONTE

Non c'è cura senza cuore

CAS CONSTIPATION ASSESMENT SCALE (Susan Mc Millan and Williams 1989)

ITEM	Mai 0	Qualche volta 1	Sempre 2
distensione addominale o gonfiore			
transito di gas nell'intestino			
diminuzione della frequenza dei movimenti intestinali			
feci liquide o viscose			
sensazione di pienezza rettale			
dolore rettale alla defecazione			
Volume delle feci ridotto			
impedimento al passaggio delle feci			

L'assenza della stipsi è zero, mentre da 1 a 16 viene individuata la stipsi da lieve, moderata a severa.

CONSTIPATION SCORING SYSTEM (Agachan at al. 1996)

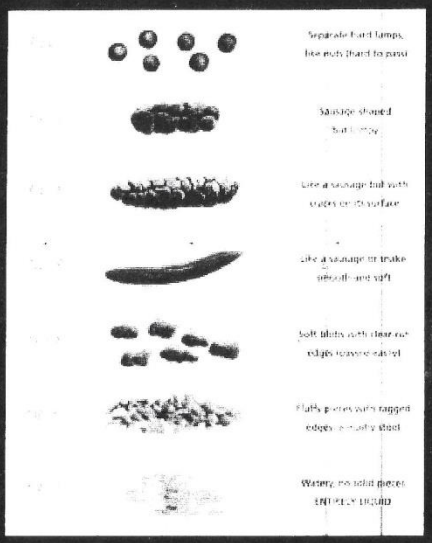
Indicatori — Inserire una sola risposta per riga con una " X "

PUNTEGGIO ASSEGNATO	0	1	2	3	4
frequenza delle evacuazioni	1-2 volte per 1-2 giorni	2 volte alla settimana	una volta alla settimana	meno di una volta alla settimana	meno di una volta al mese
durata della stipsi in anni	0	da 1 a 5	da 5 a 10	da 10 a 20	più di 20
dolore alla evacuazione	mai	raramente	qualche volta	solitamente	sempre
sensazione di evacuazione incompleta	mai	raramente	qualche volta	solitamente	sempre
dolore addominale	mai	raramente	qualche volta	solitamente	sempre
tipo di defecazione	spontanea	con lassativi	clistere o clisma fleet	evacuazione manuale	
durata della defecazione	meno di 5 minuti	da 5 a 10 minuti	da 10 a 20 minuti	da 20 a 30 minuti	più di 30 minuti
Insuccessi nella defecazione nelle 24 ore	nessuno	da 1 a 3	da 3 a 6	da 6 a 9	più di 9

Il punteggio va da 0 a 30 con un cut-off > o = 15

Scala di Bristol: consistenza delle feci

- 1. Feci caprine dure (o fecalomi)
- 2. Feci formate dure
- 3. Feci formate con superficie crepata
- 4. Feci formate morbide
- 5. Feci caprine morbide
- 6. Feci semiliquide e/o mucose
- 7. Feci liquide



Heaton K.W., Radvan J., et al., 1992