

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE C.I.I.C.S.

Fondatore: Prof. Franco Granone

Direttore: Prof. A. M. LAPENTA

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2016

***CONTRIBUTO DELL'IPNOSI NELLA TERAPIA
DEI PRINCIPALI DISTURBI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI***

Candidato: Dr. Corrado Genovesi

Relatore: Dr. Gianni Miroglio

A Serena ed Elisa

*E' molto più importante sapere che tipo di persona ha quella malattia,
piuttosto che sapere che tipo di malattia ha quel paziente*

[Sir William Osler - 1849-1919]

SOMMARIO

<i>Introduzione.....</i>	<i>pag. 4</i>
<i>Definizione e diagnosi dei disturbi funzionali gastro-intestinali..</i>	<i>pag.5</i>
<i>Fisiopatologia e patogenesi.....</i>	<i>pag.8</i>
<i>Terapia</i>	
<i>Farmaci.....</i>	<i>pag.11</i>
<i>Psicoterapie.....</i>	<i>pag.12</i>
<i>Ipnosi.....</i>	<i>pag.13</i>
<i>Casistica personale.....</i>	<i>pag.17</i>
<i>Conclusioni.....</i>	<i>pag.24</i>
<i>Bibliografia.....</i>	<i>pag.26</i>

INTRODUZIONE

Il Gastroenterologo si trova quotidianamente a confrontarsi con numerosi pazienti afflitti da sintomi “digestivi” vari e variabili, di cui spesso non riesce a venire a capo, soprattutto se si ostina a cercarne una causa “organica” e, non trovandola, a trattare il sintomo in sé, spesso con risultati frustranti, per se stesso e per il paziente.

La questione di base consiste nella necessità di un cambiamento di prospettiva; bisogna acquisire una visione olistica del paziente, in cui *“ogni individuo è un essere unico. Trattare un paziente vuol dire considerare la persona nella sua unicità e nella sua interezza. I pazienti non sono solo un organo malato, una patologia, ma il risultato complesso di interazioni profonde tra mente e corpo, genetica e fattori ambientali, il tutto rielaborato ed espresso in base al vissuto personale di ognuno”**.

In quest’ottica si può comprendere facilmente come l’ipnosi possa essere di grande aiuto nel migliorare la vita dei pazienti.

L’ipnosi consiste in uno stato modificato di coscienza fisiologico, caratterizzato da una forte focalizzazione dell’attenzione su una sola idea, tale da indurre modificazioni sul piano psichico e fisico (monoideismo plastico); questo stato¹ può essere utilizzato a fini terapeutici grazie al fondamentale rapporto relazionale tra operatore e paziente, che caratterizza la definizione di *ipnotismo* che il Prof. Granone dà nel suo Trattato: *“... un particolare stato psicofisico che permette d’influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l’ipnotizzatore”*.

Scopo di questo elaborato è di analizzare la letteratura riguardante il trattamento con ipnosi dei principali disturbi digestivi funzionali, proponendo al termine una limitata casistica personale, riguardante i pazienti con tali problemi, trattati con ipnosi nel periodo dal settembre 2015 al luglio 2016.

* (Dr. R.Iannini – corso “Ipnosi in prospettiva PNEI” – 2015)

DEFINIZIONE E DIAGNOSI DEI DISTURBI FUNZIONALI GASTRO-INTESTINALI

Con il termine “Disturbi Funzionali Gastrointestinali (Functional Gastrointestinal Disorders – FGIDs)” si intendono varie combinazioni di sintomi gastroenterici caratterizzati da andamento cronico o recidivante, non spiegate da alterazioni strutturali o biochimiche dimostrabili. Si tratta di sindromi spesso inabilitanti, che causano frequente ricorso a cure mediche, tanto da rappresentare un 40-60% delle indicazioni per richiesta di visita gastroenterologica⁽¹⁾.

Sono stati individuati più di 50 FGIDs, i principali dei quali nell’adulto sono rappresentati dalla Sindrome dell’Intestino Irritabile e dalla Dispepsia funzionale, mentre la Sindrome da Dolore Addominale Funzionale è la principale causa di dolore cronico nell’infanzia⁽¹⁾.

La loro sistematizzazione è stata affinata, nel corso degli anni, grazie ai “criteri di Roma” stabiliti da una consensus conference, a partire dal 1990 (Roma I) fino ai più recenti criteri di Roma III (2006)⁽²⁾:

DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI DELL’ADULTO (ROMA III)

A. Disordini funzionali dell'esofago

- A1. Pirosi funzionale*
- A2. Dolore toracico di presunta origine funzionale dall'esofago*
- A3. Disfagia funzionale*
- A4. Globo (sensazione di corpo estraneo)*

B. Disordini funzionali dello stomaco e del duodeno

- B1. Dispepsia funzionale (indigestione)*
 - B1a. Sindrome da stress post-prandiale*
 - B1b. Sindrome da dolore epigastrico*
- B2. Disordini da eruttazione*
 - B2a. Aerofagia (eccessiva ingestione di aria)*
 - B2b. Intensa eruttazione di natura non specificata*
- B3. Nausea e vomito funzionale*
 - B3a. Nausea cronica idiopatica*
 - B3b. Vomito funzionale*
 - B3c. Sindrome del vomito ciclico funzionale*
- B4. Sindrome da ruminazione negli adulti*

C. Disordini funzionali intestinali

- C1. Sindrome da intestino irritabile (IBS) (già sindrome del colon irritabile)*
- C2. Flatulenza funzionale*
- C3. Stipsi funzionale*
- C4. Diarrea funzionale*
- C5. Disturbi intestinali funzionali non specificati*

D. *Sindrome da dolore addominale funzionale*

E. *Disturbi funzionali della colecisti e dello sfintere di Oddi*

E1. Disturbi funzionali della cistifellea

E2. Disordini funzionali delle vie biliari associati a disfunzione di sfintere di Oddi

E3. Disturbi funzionali del pancreas associati a disfunzione dello sfintere di Oddi

F. *Malattie funzionali dell'ano e del retto*

F1. Incontinenza funzionale

F2. Dolore funzionale nel ano e del retto

F2a. Dolore cronico anale

F2a1. Sindrome del muscolo elevatore dell'ano (proctalgia)

F2a2. Dolore funzionale non specificato dell'ano-retto

F2b. Dolore parossistico fugace dell'ano

F3. Disturbi intestinali funzionali

F3a. Defecazione dissinergica

F3B. Inadeguata forza propulsiva durante la defecazione

In questa sede, si è deciso di prendere in considerazione principalmente: dolore toracico di presunta origine funzionale dall'esofago, dispepsia funzionale, sindrome da intestino irritabile, stipsi cronica e flatulenza funzionale, in seguito all'osservazione della frequente coesistenza e sovrapposizione di due o più di queste sindromi, in numerosi pazienti.

I criteri di Roma III per la diagnosi di ciascuno di questi disturbi sono:

Dolore toracico di presunta origine funzionale:*

1 dolore o fastidio retrosternale non di tipo urente

2 nessuna evidenza di reflusso gastro-esofageo come causa dei sintomi

3 assenza di disturbi della motilità esofagea

Dispepsia funzionale:*

1 Uno o più dei seguenti:

a. fastidioso senso di ripienezza post-prandiale

b. sazietà precoce

c. dolore epigastrico

d. bruciore epigastrico

E

2 nessuna evidenza endoscopica di malattia organica in grado di spiegare i sintomi.

Sindrome dell'intestino irritabile:*

Dolore o fastidio addominale ricorrente per almeno tre giorni al mese negli ultimi tre mesi,

associato con due o più dei seguenti:

- 1 miglioramento con l'evacuazione
- 2 esordio associato a variazione della frequenza dell'alvo
- 3 esordio associato a variazione nella conformazione delle feci

Stipsi cronica funzionale:*

1 due o più dei seguenti:

- a. sforzo durante almeno il 25% delle evacuazioni
 - b. feci dure o grumose in almeno il 25% delle evacuazioni
 - c. sensazione di evacuazione incompleta almeno il 25% delle volte
 - d. sensazione di ostruzione ano-rettale almeno il 25% delle volte
 - e. manovre manuali per facilitare l'evacuazione (25%)
 - f. meno di tre evacuazioni a settimana
- 2 perdita di feci raramente presente senza uso di lassativi
- 3 criteri insufficienti per la sindrome dell'intestino irritabile.

Flatulenza funzionale:*

Entrambi i seguenti:

- 1 sensazione ricorrente di gonfiore o distensione visibile almeno 3 giorni al mese negli ultimi tre mesi
- 2 criteri insufficienti per diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile, dispepsia o altro FGIDs

* i criteri devono essere soddisfatti negli ultimi tre mesi, con esordio dei sintomi da almeno sei mesi

FISIOPATOLOGIA e PATOGENESI

Il tratto gastroenterico opera in maniera semi-automatica, essendo dotato di un sistema nervoso proprio, il sistema nervoso enterico, composto da neuroni e relative fibre, accolti nello spessore della parete dei vari segmenti che lo compongono.

Questa rete nervosa intramurale permette risposte riflesse a vari stimoli, modificando al bisogno l'attività muscolare e secretiva, senza l'intervento del Sistema Nervoso Centrale (SNC). Tuttavia è noto ormai da anni come apparato digerente e SNC siano tra loro interconnessi da fibre nervose, ormoni e mediatori immunitari, il così detto Asse Cervello-Intestino, una "struttura" molto attiva, che permette continui scambi di informazioni e conseguenti adattamenti della percezione e delle funzioni gastro-intestinali⁽³⁾.

La connessione nervosa con il SNC si compone di vie afferenti, sensitive, e vie efferenti, effettrici.

Le prime sono composte dalle fibre vagali, che innervano tutto l'apparato digerente ad eccezione del terzo distale del colon, che è invece innervato dalle fibre del parasimpatico sacrale, e dalle fibre viscerali spinali. Le fibre vagali, arrivate al nucleo del tratto solitario, si proiettano all'area sensitiva viscerale corticale, ma anche all'amigdala, all'ipotalamo e alla corteccia cingolata anteriore, importanti centri per le risposte emozionali. Più in particolare le fibre vagali trasmettono ai centri superiori informazioni riguardanti l'osmolarità intraluminale, la concentrazione di carboidrati, la concentrazione di prodotti batterici o la distorsione meccanica della mucosa⁽⁴⁾.

Le fibre spinali si organizzano in due sistemi: il tratto spino-talamico laterale ed il tratto spino-talamico mediale. Il primo trasporta, attraverso il talamo, alla corteccia sensitiva, informazioni discriminative sensoriali, come ad esempio, localizzazione dello stimolo, intensità etc. Il secondo, attraverso i nuclei intralaminari del talamo, conduce gli stimoli alla corteccia prefrontale e alla corteccia cingolata anteriore, aree coinvolte nell'interpretazione emozionale. Questo sistema è importante nella processazione dei caratteri affettivo-motivazionali degli stimoli⁽⁴⁾.

Le vie efferenti modulano l'attività motoria e secretiva gastro-intestinale e sono rappresentate dalle fibre vagali e del parasimpatico sacrale, che stimolano la motilità, e dalle fibre ortosimpatiche splancniche, con attività opposta⁽⁵⁾.

I centri nervosi circumventricolari, ed in particolare l'area postrema, essendo al di fuori della barriera ematoencefalica, sono in grado di rilevare variazioni di diverse sostanze presenti nel sangue, ad esempio le interleuchine, modulando di conseguenza gli organi dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e, quindi, le risposte infiammatorie⁽⁴⁾, anche a carico del digerente.

E' noto che lo stress rappresenta una risposta di adattamento dell'organismo a stimoli ambientali, riconducibile al meccanismo di "attacco o fuga" di Cannon, che prepara l'organismo a reagire al meglio a eventuali minacce. Lo stress protratto (distress sec. Selye), diventa però un processo patologico che porta a alterazione persistente dell'omeostasi con conseguente danno per l'organismo.

In particolare in condizioni di distress i neuroni, oltre a comuni neuromodulatori, che agiscono limitatamente alle sinapsi, possono produrre neuropeptidi che sono polipeptidi di maggiori dimensioni, rilasciati dalle cellule nervose in seguito ai più disparati stimoli (ad esempio lo stress o le emozioni); questi si legano a specifici recettori di membrana presenti sulle cellule bersaglio, non solo neuroni, che da tali sostanze vengono attivate o inibite.

Grazie a questa *neurotrasmissione extrasinaptica*, i neuropeptidi sono in grado di modulare l'attività gastroenterica, oltre a quella del sistema endocrino e alla risposta immune.

Ad oggi sono stati individuati circa un centinaio di siti genici che codificano per precursori di tali molecole e si conoscono un numero ancora maggiore di neuropeptidi. Per molte di queste sostanze si è individuato anche lo specifico meccanismo d'azione.

Tutto questo conferma come mente e corpo operino come un sistema interconnesso; in quest'ottica il termine "funzionale" significa che i sintomi esperiti dal paziente indicano una sofferenza sistemica che interessa corpo e mente, per cui entrambi devono essere obiettivo del trattamento al fine di ristabilire la salute fisica ed emotiva. Per questo è importante che la medicina moderna non contempi solo ciò che il medico può, allo stato attuale, misurare, ma anche le informazioni date dal paziente: ciò che egli/ella sente è altrettanto

importante, se non di più, rispetto a quello che viene visto o misurato⁽⁶⁾. Molti studi sono stati condotti per identificare i meccanismi che portano alla comparsa del sintomo nei disturbi funzionali; si è così dimostrato come le stimolazioni nervose e quelle dovute ai neuropeptidi, intersecandosi, possano portare a variazioni della motilità, il cui ruolo è stato molto ridimensionato negli anni, o della sensibilità viscerale.

L'associazione tra emozioni e motilità intestinale, ad esempio, è ormai riconosciuta da anni. Studi di fisiologia hanno dimostrato come l'ira sia associata ad una eccessiva contrattilità nel retto-sigma, mentre la tristezza e la paura inducano scarsa motilità⁽⁷⁾. L'ansia è associata a un transito rapido nel tenue con conseguente aumento della frequenza dell'alvo, mentre ritardi del transito in tutto l'intestino si verificano nei soggetti depressi⁽⁸⁾ e in quelli che tendono a controllare l'aggressività⁽⁹⁾.

L'alterata motilità ha sicuramente un ruolo rilevante nel dolore toracico di origine esofagea: lo spasmo esofageo, l'esofago a schiaccianoci e l'acalasia vigorosa, oltre ad una serie di discinesie minori, sono, infatti, caratterizzate da intense contrazioni dolorose della tonaca muscolare dell'organo.

Negli altri disturbi funzionali considerati, il principale meccanismo è legato all'alterazione della sensibilità viscerale, in particolare aumenta la sensibilità alla tensione di parete, come dimostrato nel 1999 da Malagelada⁽¹⁰⁾.

TERAPIA

Farmaci

Questi dati fisiopatologici, nel tempo, si sono tradotti nella pratica clinica di trattare questi problemi con farmaci in grado di modificare l'una o l'altra di queste attività fondamentali dell'apparato digerente.

L'osservazione, poi, che il 50-90% dei pazienti affetti da disturbi funzionali gastro-intestinali presenta una storia di disagio psichico o problemi psichiatrici, soprattutto disturbi dell'umore, sindrome ansiosa o disturbi somatoformi⁽¹¹⁻¹²⁾, ha portato, più di recente, all'introduzione nell'armamentario terapeutico di farmaci antidepressivi.

Volendo provare a riassumere la gran mole di farmaci utilizzati nei FGIDs:

Lassativi	
da contatto o irritanti	Bisacodile, Cascara, Senna glucosidi, Aloe
emollienti	Glicerina, Vaselina
osmotici	Polietilenglicole (PEG), lattulosio, lattitolo, sali di Mg
formanti massa	Psillium, Metilcellulosa
secretagoghi	Linacotide, Lubiprostone
Procinetici	Metoclopramide, Domperidone, Clebopride, Cisapride*, Prucalopride, Levosulpiride
Antispastici	Otilonio bromuro, Pinaverio Bromuro, Mebeverina, Trimebutina maleato
Sequestranti degli acidi biliari	Colestiramina
Oppiacei sintetici (antipropulsivi)	Loperamide, Difenossilato
Probiotici	
Antidepressivi	
Triciclici	Amitriptilina, Desipramina
Inibitori del reuptake della serotonina	Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram
Benzodiazepine	Medazepam, Diazepam

Ciascuno di questi farmaci, usati singolarmente o in associazione, ha dimostrato un'efficacia di poco superiore al placebo; inoltre nella pratica quotidiana non è possibile stabilire a priori quale farmaco funzionerà nel singolo paziente, per cui spesso si procede per tentativi, basandosi sull'esperienza e sull'intuito, oltre che sulle linee guida, qualora esistenti (NICE).

Psicoterapie

L'evidenza clinico-epidemiologica di decenni dimostra come i pazienti che consultano il medico per disturbi funzionali gastrointestinali presentino pressoché costantemente disordini della sfera psicologica come ansia, depressione, ipocondria. Per questo sono stati via via utilizzati vari tipi di interventi psicologici come terapia di supporto, per migliorare i risultati della terapia farmacologica e dietetica.

La Psicoterapia è stata definita come “un processo interpersonale volto ad apportare cambiamenti di sensazioni, esperienze, atteggiamenti e comportamenti nel paziente che richiede aiuto a un professionista esperto”⁽¹³⁾

I due tipi di approccio più spesso utilizzati sono la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia psicodinamica., entrambe efficaci nel trattamento della depressione e dell'ansia⁽¹⁴⁾; sono anche descritte, però, esperienze basate su psicodramma, tecniche di rilassamento, tecnica di immaginazione guidata etc.

Una revisione sistematica del 2004⁽¹⁵⁾ ha evidenziato come, nei quattro studi eligibili, la psicoterapia dinamica avesse portato ad una riduzione statisticamente significativa dei sintomi dispeptici nei pazienti trattati, rispetto al gruppo di controllo; il beneficio era ancora presente dopo più di un anno di follow-up. Analogamente vari studi hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale in pazienti affetti da sindrome dell'intestino irritabile^(16,17,18,19)

Ipnosi

Fino ad oggi sono stati pubblicati circa una quarantina di studi di valutazione dell'ipnosi nel trattamento delle patologie gastro-intestinali, escludendo i case-report, le review, e lavori con parametri di valutazione non adeguatamente definiti. La maggior parte di questi studi, circa il 70%, sono stati focalizzati sulla sindrome dell'intestino irritabile, quindi sulla dispepsia funzionale e sul dolore toracico di origine esofagea⁽⁴¹⁾.

Il primo studio sul colon irritabile fu pubblicato su Lancet nell'84; era uno studio randomizzato controllato e fu condotto dal gruppo di Whorwell a Manchester⁽²⁰⁾. Al termine dei 12 mesi di studio i pazienti trattati con sette sessioni di ipnosi presentavano un netto miglioramento dei sintomi, mentre nei pazienti del gruppo di controllo, trattati con terapia di supporto e placebo, non si osservarono particolari benefici. Gli stessi Autori pubblicarono successivamente un secondo articolo in cui comunicava che "il gruppo dell'ipnosi" manteneva risultati dopo 18 mesi di follow-up⁽²¹⁾.

A questo fecero seguito nove studi randomizzati controllati che compararono l'ipnosi a diversi regimi terapeutici farmacologici, al biofeedback o a terapia psicologica di supporto. In generale i risultati furono a favore della prima, infatti, in sette dei dieci studi citati, l'ipnosi dimostrò di procurare maggiori miglioramenti sintomatologici rispetto alle terapie via via confrontate. È interessante notare che in due dei tre studi che non evidenziarono questo vantaggio, i pazienti del gruppo di controllo ricevettero come trattamento uno il biofeedback⁽²²⁾ e l'altro un intervento educativo⁽²³⁾, e in entrambe gli studi sia il gruppo dell'ipnosi che il gruppo controllo ottennero miglioramento sintomatologico.

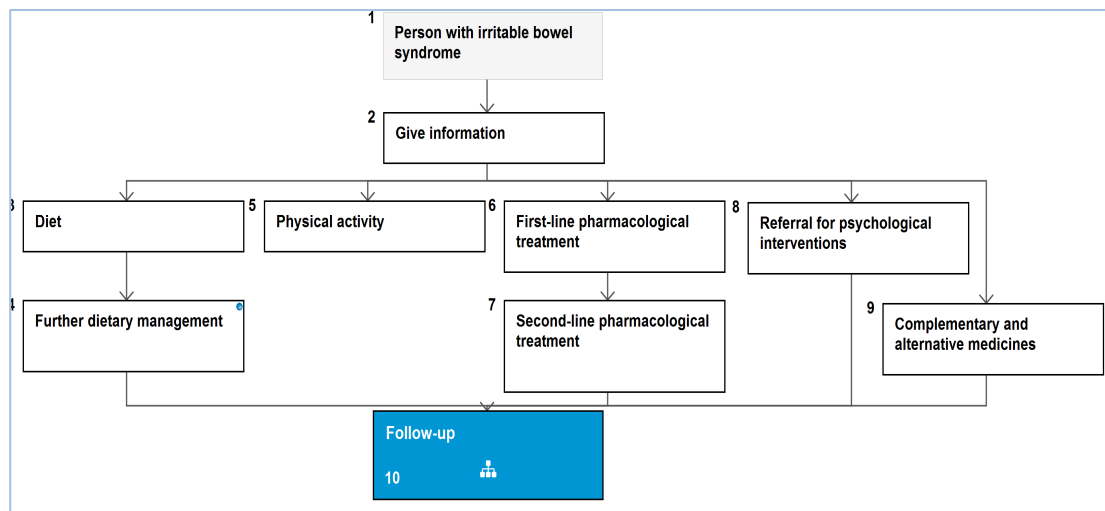
Due studi dell'Università del North Carolina valutarono l'efficacia nell'IBS di un trattamento ipnotico "preconfezionato", conosciuto come "Protocollo del North Carolina", somministrato parola per parola da terapisti esperti, nel primo studio⁽²⁴⁾, mentre nel secondo lo script per il trattamento venne registrato e consegnato ai pazienti per la pratica quotidiana a domicilio⁽²⁵⁻²⁶⁾, senza alcun contatto con un terapeuta. In entrambi gli studi il gruppo dei pazienti sottoposti a ipnosi esperì un miglioramento dei sintomi, ma nei pazienti trattati a domicilio non si osservò alcun miglioramento nel livello di distress.

Gli obiettivi cardine del protocollo erano cinque:

- 1 - ridurre l'attenzione ai sintomi intestinali
- 2 - modificare la percezione dei sintomi, riducendone intensità e frequenza e cambiandone la qualità in qualcosa di più piacevole
- 3 - aumentare la sensazione di benessere
- 4 - creare l'impossibilità per stimoli esterni e interni di perturbare l'intestino
- 5 - normalizzare la funzione alvina.

La principale critica a questi due studi fu che mancasse un'induzione personalizzata; questo dato stimolò l'attenzione di Barabasz, del gruppo della Washington State University, che decise di testare l'ipotesi che un'induzione personalizzata potesse migliorare l'esito del Protocollo della North Carolina University⁽²⁷⁾; Per questo divise i pazienti in due gruppi, uno sottoposto al trattamento originale, il secondo in cui il protocollo standard era preceduto da un'induzione in base alle caratteristiche del paziente. In entrambi i gruppi furono riportati benefici immediati che persistevano a distanza di dieci mesi, ma il miglioramento fu maggiore nei pazienti del gruppo dell'induzione. I dati tuttavia devono essere considerati solo indicativi, in considerazione della bassa numerosità dei due gruppi, composti da soli quattro pazienti.

Oltre a questi ci furono venti studi non controllati nell'adulto, e alcuni trial su pazienti in età pediatrica, che confermarono l'utilità del trattamento ipnotico. In particolare uno studio su 250 pazienti consecutivi affetti da sindrome dell'intestino irritabile refrattaria alla terapia farmacologica, portato avanti dal gruppo di Manchester, evidenziò un miglioramento dei sintomi di più del 50% in tutti i pazienti, affermando così, incontrovertibilmente, l'utilità dell'ipnosi come terapia aggiuntiva per l'IBS. Il dato è confermato da una recentissima metanalisi⁽²⁸⁾, tanto che nelle linee guida Britanniche (NICE 2016) la flow-chart per il trattamento prevede, anche se ancora con alcune importanti limitazioni legate alla durata ed alla refrattarietà dei sintomi, l'uso dell'ipnosi:



8 Referral for psychological intervention

For people whose symptoms do not respond to pharmacological treatments after 3 months and who develop a continuing symptom profile (refractory irritable bowel syndrome), consider referring for:

- CBT
- Hypnotherapy
- Psychological therapy

Lo stesso gruppo di Manchester estese la propria esperienza sul trattamento dell'IBS ad altri disturbi funzionali, dimostrando come i disordini funzionali esofagei e gastroduodenali siano passibili di terapia con ipnosi, con gli stessi soddisfacenti risultati⁽²⁹⁻³⁰⁾. D'altronde già nel 1989 Klein e Spiegel avevano dimostrato come la secrezione gastrica potesse essere modulata con l'ipnosi, in soggetti "altamente ipnotizzabili"⁽³¹⁾.

Più di recente l'italiano Chiarioni ha valutato la potenziale influenza dell'ipnosi sulla velocità di svuotamento gastrico, studiata con tecnica ecografica. In questo lavoro i pazienti erano sottoposti a controllo clinico e strumentale, dapprima dopo una fase in cui erano trattati con Cisapride, un potente procinetico, e successivamente dopo una fase che prevedeva una sessione di ipnosi di 90 minuti, circa 30 minuti dopo i pasti, in cui veniva suggerito al paziente in ipnosi l'effetto "digestivo" della mano appoggiata in epigastrio; il paziente veniva

preventivamente indotto a sperimentare un aumento di temperatura della stessa mano⁽⁴⁰⁾. Si evidenziò così che le sensazioni epigastriche di fastidio e/o ripienezza miglioravano significativamente in seguito ad ipnosi, ma non con la Cisapride; sorprendentemente il miglioramento sintomatologico non era correlato ad un cambiamento della funzione motoria, lasciando inspiegato il meccanismo d'azione dell'ipnosi.

In effetti, cambiando il tipo di suggestione, la motilità gastro-duodenale può essere influenzata, almeno in pazienti sonnambulici, come documentato dal Dr. G.Miroglio⁽³³⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶⁾ che, in corso di endoscopia, ha ottenuto il rilassamento e la contrazione a comando del piloro. Più in particolare, come egli stesso ricorda nelle sue lezioni del corso base dell'Istituto Franco Granone-CIICS, si può utilizzare il cosiddetto "controllo della motilità", attraverso l'utilizzo di immagini mentali o sensazioni ed attraverso il ricordo del vissuto farmacologico.

In generale nel trattamento dei disturbi funzionali digestivi, l'ipnosi può essere utilizzata per ridurre la percezione del dolore o per ridurre le componenti affettive, per controllare l'ansia, o per favorire il rinforzo dell'io, sempre nel rispetto del sintomo e delle valenze che questo può avere per il paziente, e nel rispetto delle competenze professionali.

CASISTICA PERSONALE

Quella che segue è un'analisi di una semplice casistica personale, senza alcuna pretesa di "studio", trattandosi di pazienti con problematiche non omogenee, non selezionati, sottoposti a trattamento ipnotico non standardizzato ma conformato al paziente.

Considerando la letteratura riguardante l'ipnosi in ambito specialistico, non è stato necessario richiedere alcun parere del comitato etico, considerando l'ipnosi come una terapia alla stregua delle altre.

Ai pazienti è stata proposta l'ipnosi in associazione al trattamento farmacologico, qualora quest'ultimo si fosse rivelato insufficiente per il controllo dei sintomi. Tutti i soggetti sono stati preventivamente edotti circa i possibili benefici e i rischi dell'ipnosi "medica"; si è quindi raccolto consenso verbale al trattamento e all'eventuale registrazione video della seduta.

Per l'induzione si sono utilizzate le tecniche ritenute più indicate in base alle caratteristiche del paziente, valutate durante pre-talk; anche il trattamento è stato modulato sulla guida delle informazioni raccolte durante il colloquio conoscitivo. Il numero di sedute è stato determinato in base alla risposta del paziente durante la seduta e alla sensazione di efficacia dell'autoipnosi a domicilio valutata dal paziente.

Non si è eseguito alcun test di ipnotizzabilità per selezionare i pazienti, salvo la stima della capacità attentiva del soggetto durante il pre-talk. Questo ha portato all'esclusione di un solo paziente, che presentava grossa difficoltà alla focalizzazione dell'attenzione e dubbi episodi di scompenso psicotico in anamnesi, per i quali non era mai stato valutato da uno specialista.

Sono stati "arruolati" inizialmente 14 pazienti: 3 maschi e 11 femmine, con età media di 38.4 anni (range: 19 – 59 aa.). Uno solo di questi 14 è stato considerato, in accordo con il pensiero di Yapko, *scarsamente responsivo nel contesto d'iterazione* proposto e gli è quindi stato suggerito di consultare uno psicoterapeuta.

Una paziente dopo la prima seduta, per altro positiva in quanto a controllo

dell'ansia, ha presentato gravi problemi familiari, per cui non si è presentata ai successivi controlli.

La casistica definitiva è quindi di 12 pazienti: 2maschi e 10 femmine con età media di 37.8 anni (range 19 – 59 aa.).

A ognuno dei dodici pazienti è stato richiesto di quantificare l'intensità del/dei sintomo/i e dell'ansia, mediante NRS (Numerical Rating Scale), durante il colloquio iniziale, al termine del trattamento e per i primi otto pazienti, anche a distanza di due mesi dal termine del trattamento.

In accordo con i dati di letteratura si è deciso di considerare significativa una variazione del sintomo, e dell'ansia, pari ad almeno 3 punti sulla scala NRS.⁽³⁷⁻³⁸⁻³⁹⁻⁴⁰⁾

Si è anche richiesto di indicare la frequenza e la durata del sintomo, quando compatibile, utilizzando riferimenti scelti arbitrariamente:

Frequenza:

- A. Quotidiano
- B. > 3 giorni a settimana
- C. da 1 a 3 giorni a settimana
- D. da 2 a 4 giorni al mese
- E. 1 giorno al mese
- F. mai

Durata:

- I. > 8 ore
- II. da 4 a 8 ore
- III. da 1 a 4 ore
- IV. < 1 ora

Per la quantificazione della stipsi si è, invece, deciso di utilizzare il "*Cleveland clinic constipation score*", in cui punteggi maggiori di 14 indicano gradi crescenti di stipsi⁽⁴²⁾.

Un'altra valutazione richiesta al paziente è stata quella della qualità percepita di vita correlata alla salute (HRQoL – Health Related Quality of Life) che, in accordo

con la definizione dell'Istituto Superiore di Sanità, si riferisce al benessere emotivo, fisico e sociale di un individuo ed alla sua capacità di adempiere i compiti della vita quotidiana in maniera soddisfacente⁽³⁷⁾. Tale definizione è in linea con quella dell'OMS (1948): la salute è lo stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale e non la semplice assenza di malattia.

Per la valutazione del HRQoL si è utilizzata nuovamente una scala numerica (NRS) all'uopo adattata⁽³⁷⁾.

Per registrazione di tutti questi parametri è stata utilizzata la seguente scheda:

Pz: <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>																				
III <input type="checkbox"/>																					
SINTOMO: <input style="width: 200px;" type="text"/>																					
STIPSI – CCCS: <input style="width: 150px;" type="text"/>																					
ASSENTE MASSIMO																					
<input type="button" value="0"/> <input type="button" value="1"/> <input type="button" value="2"/> <input type="button" value="3"/> <input type="button" value="4"/> <input type="button" value="5"/> <input type="button" value="6"/> <input type="button" value="7"/> <input type="button" value="8"/> <input type="button" value="9"/> <input type="button" value="10"/>																					
FREQUENZA	DURATA																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">A</td><td>quotidiano</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">B</td><td>> 3 giorni a settimana</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">C</td><td>da 1 a 3 giorni a settimana</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">D</td><td>da 2 a 4 giorni al mese giorni al mese</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">E</td><td>1 giorno al mese</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">F</td><td>mai</td></tr> </table>	A	quotidiano	B	> 3 giorni a settimana	C	da 1 a 3 giorni a settimana	D	da 2 a 4 giorni al mese giorni al mese	E	1 giorno al mese	F	mai	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">I</td><td>> 8 ore</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">II</td><td>da 4 a 8 ore</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">III</td><td>da 1 a 4 ore</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">IV</td><td>< 1 ora</td></tr> </table>	I	> 8 ore	II	da 4 a 8 ore	III	da 1 a 4 ore	IV	< 1 ora
A	quotidiano																				
B	> 3 giorni a settimana																				
C	da 1 a 3 giorni a settimana																				
D	da 2 a 4 giorni al mese giorni al mese																				
E	1 giorno al mese																				
F	mai																				
I	> 8 ore																				
II	da 4 a 8 ore																				
III	da 1 a 4 ore																				
IV	< 1 ora																				
ANSIA																					
ASSENTE MASSIMO																					
<input type="button" value="0"/> <input type="button" value="1"/> <input type="button" value="2"/> <input type="button" value="3"/> <input type="button" value="4"/> <input type="button" value="5"/> <input type="button" value="6"/> <input type="button" value="7"/> <input type="button" value="8"/> <input type="button" value="9"/> <input type="button" value="10"/>																					
QUALITÀ DELLA VITA	Intesa come benessere emotivo, fisico e sociale nonché la sua capacità di adempiere i compiti della vita quotidiana in maniera soddisfacente																				
<input type="button" value="0"/> <input type="button" value="1"/> <input type="button" value="2"/> <input type="button" value="3"/> <input type="button" value="4"/> <input type="button" value="5"/> <input type="button" value="6"/> <input type="button" value="7"/> <input type="button" value="8"/> <input type="button" value="9"/> <input type="button" value="10"/>																					
Scadente poco buona abbastanza buona buona eccellente																					

I primi quattro pazienti sono stati trattati in seduta unica, per il controllo dell'ansia e per il sintomo principale lamentato; in seguito, anche per le nuove conoscenze acquisite, si è preferito organizzare il trattamento in due o più sedute, dedicando la prima sessione al miglioramento della capacità di rilassamento del paziente, per proseguire nelle fasi successive con il trattamento dei sintomi e rinforzo dell'io.

In media si sono rese necessarie 4.36 sessioni per paziente, con un range da 1 a 9 sedute.

I modelli di metafora usati per il rinforzo dell'io, adattate al paziente, sono state:

- L'albero possente
- L'albero che cresce
- L'albero nelle quattro stagioni
- La pianta di rosa
- Il rifugio sicuro

Per il trattamento dei sintomi è stata utilizzata, quando possibile, la rappresentazione (glifo), e conseguente modifica, che il paziente stesso dava del proprio disturbo; in caso contrario, o in associazione, si è fatto ricorso a metafore classiche quali:

- Il ruscello
- La matassa
- La mano che regola la motilità
- La fonte di acqua curativa
- Il vissuto farmacologico

I dati riguardanti la valutazione dei disturbi mediante NRS sono riassunti nelle seguenti tabelle:

PAZIENTE	sintomo	1^ valutazione	2^ valutazione	3^ valutazione
GM	ansia	9	5	3
PS	ansia	6	3	3
MG	ansia	5	3	3
RR	ansia	7	3	3
VM	ansia	8	6	5
AM	ansia	6	3	3
SS	ansia	8	2	4
TD	ansia	8	5	1
CA	ansia	7	4	
RL	ansia	8	4	
PD	ansia	9	3	
OD	ansia	9	1	

PAZIENTE	sintomo	1^ valutazione	2^ valutazione	3^ valutazione
GM	dolore add.	8-B-III	5-C-IV	5-C-IV
	bolo	8-C-IV	4-D-IV	3-D-IV
PS	dispepsia	9-A-II	4-B-III	1-B-IV
MG	epigastralgie	6-B-III	3-B-IV	2-B-IV
RR	diarrea	5-A-II	1-B-IV	0-F
VM	stipsi	21	19	19
AM	stipsi	22	15	14
	dolore add.	8-A-III	4-B-IV	4-C-IV
SS	dolore	8-B-III	2-C-III	1-C-IV
TD	stipsi	21	18	18
CA	dolore add.	7-B	6-B	
RL	dolore	8-A-III	3-C-III	
PD	dolore	7-B	2-C	
OD	dolore	9-B-III	2-D-III	

PAZIENTE	HRQoL	1^ valutazione	2^ valutazione	3^ valutazione
GM		3	-	7
PS		2	-	9
MG		5	-	6
RR		6	-	8
VM		4	4	5
AM		4	6	7
SS		6	8	8
TD		1	5	7
CA		5	6	
RL		5	8	
PD		4	7	
OD		3	9	

L'analisi dei dati riportati evidenzia come il controllo dell'ansia sia stato ottenuto, in grado variabile, ma sempre significativo, in 10 pazienti (83.3%) già al termine del trattamento; gli altri due soggetti hanno manifestato un miglioramento, ma non significativo. Proseguendo con l'autoipnosi, uno di questi è riuscito, nelle settimane successive, a migliorare il proprio autocontrollo fino ad un livello di significatività. L'altro, pur riferendo di aver proseguito, sia pur incostantemente, con l'autoipnosi, non ha manifestato alcun giovamento anche dopo due mesi.

Uno dei pazienti sottoposti a follow-up, già responsivo al secondo controllo, ha ottenuto un ulteriore, marcato miglioramento della gestione dell'ansia proseguendo con l'autoipnosi. Interessante notare che dei primi 4 pazienti, quelli sottoposti ad un'unica sessione ipnotica, 3 (75%) hanno raggiunto il controllo dell'ansia, mantenendolo anche a distanza di tempo.

Per quanto concerne il controllo dei sintomi a carico del digerente, si può osservare come, sul totale dei pazienti, 9 (75%) abbiano presentato una risposta significativa. In particolare i primi quattro, dopo l'unica seduta, hanno ottenuto un miglioramento adeguato dei sintomi, che in 3 è risultato ulteriormente incrementato al follow-up.

Dei tre pazienti che non hanno avuto beneficio, due presentavano stipsi e uno dolore addominale. Un terzo paziente trattato per stipsi ha presentato un

vantaggio piuttosto limitato.

Passando all'analisi del HRQoL si può rilevare che 9 dei 12 pazienti, pari al 75%, hanno ottenuto un miglioramento significativo della qualità di vita percepita.

Due dei tre pazienti senza evidente beneficio, non avevano avuto miglioramento sintomatologico e solo un risultato appena significativo nel controllo dell'ansia; il terzo a fronte di un buon controllo del disturbo digestivo, non aveva presentato riduzione dell'ansia.

Tre soggetti hanno riferito un netto miglioramento dell'HRQoL, uno passando da un valutazione di "scadente" a "abbastanza buona" e due da "poco buona" a "eccellente". Il primo, affetto da stipsi, non aveva avuto miglioramento significativo del *Cleveland clinic constipation score*, ma la sua valutazione del controllo dell'ansia era passato da 8 a 1; inoltre il paziente, dopo le prime sedute, aveva intrapreso la strada per risolvere un problema lavorativo che era fonte di grande stress. Gli altri due pazienti erano migliorati, invece, in maniera speculare in entrambi i punteggi: un netto miglioramento dell'ansia con un discreto miglioramento sintomatologico, uno, mentre l'altro aveva ottenuto un marcato miglioramento della dispepsia, a fronte di un controllo dell'ansia appena sufficiente. C'è da notare che il primo partiva da un livello d'ansia decisamente elevato, mentre per il secondo questo era di grado intermedio.

CONCLUSIONI

I dati estrapolabili da questa mia prima esperienza di utilizzo dell'ipnosi nel trattamento dei disturbi funzionali gastro-intestinali, confermano quanto l'ipnosi possa essere efficace, in aggiunta alla terapia farmacologica, nel mitigare la sintomatologia e nell'autogestione dell'ansia da parte dei pazienti, con indubbio beneficio sulla qualità percepita di vita, e quindi, in ultima analisi, del benessere psico-fisico.

In molti casi può essere sufficiente una singola sessione di trattamento, anche se un numero maggiore e personalizzato di sedute può permettere un'azione più ad ampio spettro sul problema del paziente, sempre nel rispetto delle competenze professionali.

La successiva autopinosi, quando praticata regolarmente, può portare, in una percentuale significativa di pazienti, ad un incremento del beneficio; nella mia casistica, 5 degli 8 pazienti (62.5%) sottoposti a follow-up dopo due mesi di autoipnosi, hanno manifestato un miglioramento di almeno uno dei parametri valutati.

I pazienti più difficili da trattare sono risultati quelli (tre) affetti da stipsi cronica, in controtendenza rispetto ai dati di letteratura, verosimilmente a causa, oltre che della limitata esperienza dell'operatore e della bassa numerosità, anche di errori di campionamento: una paziente con iniziale rettocele, ma manometria ano-rettale apparentemente normale, e un ragazzo con associati importanti problemi psicologici, per il quale è stato, infatti, richiesto supporto dello Psicologo e dello Psichiatra.

Non posso che ribadire, quindi, come l'ipnosi debba essere considerata una freccia in più all'arco terapeutico del Gastroenterologo, sempre subordinata ad una corretta diagnosi e ad una valutazione del paziente nella sua interezza, che come tale va trattato, quando necessario, in modo multidisciplinare.

Quando curi una malattia puoi vincere o perdere...

Quando ti prendi cura di una persona, vinci sempre!

Patch Adams

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, 130, 1377–1390
- 2 - The Launching of Rome III Douglas Drossman, MD
- 3 - Mayer, E. A., & Tillisch, K. (2011). The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annual Review of Medicine*, 62, 381–396.
- 4 - Benarroch EE. The central autonomic network: functional organization, dysfunction, and perspective. *Mayo Clin Proc* 1993;68:988–1001
- 5 - Mertz H. Role of the brain and sensory pathways in gastrointestinal sensory disorders in humans. *Gut* 2002
- 6 - Mearin F. – Functional Dyspepsia: from motility to sensitivity – *Dig.Liv. Dis.* 2000; 320(suppl)
- 7 - McKee DP, Quigley EMM: Intestinal motility in irritable bowel syndrome: Is IBS a motility disorder? *Dig Dis Sci* 38:1761-1782, 1993.
- 8 - Gorard DA, Gomborone JE, Libby GW, Farthing MJG: Intestinal transit in anxiety and depression. *Gut* 39:551-555, 1996.
- 9 - Bennet EJ, Ewans P, Scott AM, et al: Psychological and gender features of impaired gut transit in functional gastrointestinal disorder. *Gut* 46:83-87, 2000.
- 10- Malagelada J.R. Gastric wall tension determines perception of gastric distension. *Gastroenterology* 1999; 116
- 11- Budavari AI & Olden KW. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology Clinics of North America* 2003; 32(2): 477–506.
- 12- Mayer EA, Craske M & Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(supplement 8): 28–36.
- 13- Strupp HH. In *Handbook of Psychotherapy and Behaviour change*, 2nd ed. New York:Wiley, 1978
- 14- Shapiro DA et al.. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J ConsultClin Psychol* 1994;62:522-34.
- 15- Shelly Soo et al.. A systematic review of psychological therapies for non ulcer dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1817-1822.
- 16- Bennett P, Wilkinson S (1985) A comparison of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome. *British Journal of Clinical Psychology* 24(part 3): 215–16.
- 17- Lynch PM, Zamble E (1989) A controlled behavioral treatment study of irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy* 20: 509–23.
- 18- Shaw G, Srivastava ED, Sadlier M, Swann P, James JY, Rhodes J (1991) Stress management for irritable bowel syndrome: a controlled trial. *Digestion* 50(1): 36–42.
- 19- Toner BB, Segal ZV, Emmott S, Myran D, Ali A, DiGasbarro I, Stuckless N (1998) Cognitivebehavioral group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy* 48(2): 215–43.
- 20- Whorwell, P. J., Prior, A., & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*, 324, 1232–1234. doi:10.1016/S0140-6736(84)92793-4
- 21- Whorwell, P. J., Prior, A., & Colgan, S. M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: Further experience. *Gut*, 28, 423–425. doi:10.1136/gut.28.4.423
- 22- Dobbin, A., Dobbin, J., Ross, S. C., Graham, C., & Ford, M. J. (2013). Randomised controlled trial of brief intervention with biofeedback and hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 43, 15–23. doi:10.4997/JRCPE.2013.104
- 23- Lowén, M. B., Mayer, E. A., Sjöberg, M., Tillisch, K., Naliboff, B., Labus, J. . . .Walter, S. A. (2013). Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 37, 1184–1197. doi:10.1111/apt.12319
- 24- Palsson, O. S., Turner, M. J., Johnson, D. A., Burnett, C. K., & Whitehead, W. E. (2002). Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: Investigation of mechanism and effects on symptoms.

- Digestive Diseases and Sciences, 47, 2605–2614. doi:10.1023/A:1020545017390
- 25- Palsson, O. S., Turner, M. J., & Whitehead, W. E. (2006). Hypnosis home treatment for irritable bowel syndrome: A pilot study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 85–99. doi:10.1080/00207140500328666.
 - 26- Palsson, O. S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: The North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 51–64. doi:10.1080/00207140500322933.
 - 27- Barabasz, A., & Barabasz, M. (2006). Effects of tailored and manualized hypnotic inductions for complicated irritable bowel syndrome patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 100–112. doi:10.1080/00207140500322982
 - 28- Winfried Häuser - Gut-directed hypnosis more effective for treating irritable bowel syndrome – (*Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 289-96
 - 29- Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology* 2002; 123: 1778-1785
 - 30- Jones H, Cooper P, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ. Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut* 2006; 55: 1403-1408
 - 31- Klein KB, Spiegel D. Modulation of gastric acid secretion by hypnosis. *Gastroenterology* 1989; 96: 1383-1387.
 - 32- Chiarioni G, Vantini I, De Iorio F, Benini L. Prokinetic effect of gut-oriented hypnosis on gastric emptying. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1241-1249
 - 33- Miroglio G. Le applicazioni dell'ipnosi in gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Video *Rivista Italiana di Medicina e Chirurgia*. VIB Editore Roma anno IV,3 1991; 22-26.
 - 34- Miroglio G. Controllo della motilità gastroduodenale con l'ipnosi in diretta. Video *Atti "Live Endoscopy" Congresso Internazionale di Endoscopia Digestiva*. Video-dimostrazione pratica in diretta. Milano 1992.
 - 35- Miroglio G. L'ipnosi in endoscopia digestiva. *Atti Simposio Nazionale SIED Napoli* 1992; 226
 - 36- Miroglio G, Zentilin P, Vismara V, Savarino V, Pace F, Maconi G. Effetti dell'ipnosi sulla motilità gastroduodenale. *Atti Simposio "Esperienze guida in gastroenterologia" Saint Vincent* 1998; 66-67.
 - 37- Istituto Superiore di Sanità – Dipartimento del Farmaco: Qualità della vita e farmacoconomia
 - 38- Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska, and Melissa French. Measures of Adult Pain. *Arthritis Care & Research*. Vol. 63, No. S11, November 2011, pp S240–S252.
 - 39- Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine* 2005;30:1331–4.
 - 40- Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1993;55:195–203.
 - 41- O.S. Palsson, M. van Tilburg. Hypnosis and guided imagery treatment for Gastrointestinal disorders. *Am.Jour.of Clin. Hypnosys*, 58:5-21, 2015
 - 42- Feran Agachan,, Teng Chen, Johann Pfeifer, Petachia Reissman, Steven D. Wexner. A Constipation Scoring System to simplify evaluation and management of constipated patients . *Dis Colon Rectum*, June 1996.