

ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
Fondatore: Prof Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2017

"LA GOCCIA CHE SCOCCIA "
***IPNOSI e INCONTINENZA
URINARIA FEMMINILE***

Candidata :
Dott.ssa Angela Granone

Relatore:
Dott. Massimo Somma

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria è la perdita involontaria di urina attraverso l'uretra.

E' spesso chiamata "malattia silenziosa" perché le donne che ne soffrono raramente ne parlano al proprio medico. Eppure si tratta di una patologia molto comune, che coinvolge circa 2 milioni di donne in Italia.

Qualsiasi donna potrebbe essere soggetta a incontinenza urinaria . Non si tratta, infatti, di età o di tipo di lavoro o modo di vivere. L'incontinenza è piuttosto dovuta a cause che possono essere anche transitorie. Ad ogni modo, l'incontinenza urinaria si presenta come un problema invalidante, poiché impedisce le azioni quotidiane e condiziona psicologicamente la vita delle donne che ne sono affette.

Spesso dovuta a un indebolimento del pavimento pelvico, ad un blocco dell'uretra o ad una diminuzione del tono sfinterico dell'uretra, dell'incontinenza si possono ricercare altre cause: infezioni urinarie o vaginali, effetti secondari di alcuni farmaci, debolezza muscolare, malattie nervose e/o muscolari, effetti secondari a interventi chirurgici.

Sono fattori di rischio anche la pluriparità(quasi un terzo delle donne soffrono di incontinenza urinaria ed il rischio aumenta con parti successivi) la menopausa (un rilassamento dei tessuti uterini e un cambiamento delle mucose potrebbero portare all'incontinenza),la costipazione (la costipazione cronica ha delle conseguenze sui muscoli pelvici e quindi direttamente sul sistema di continenza).

L'incontinenza si presenta sotto diverse forme e ognuna di esse viene identificata in modo diverso per quel che riguarda i sintomi e le cause: incontinenza da sforzo, da urgenza, mista, da rigurgito.

L'incontinenza urinaria può essere trattata con successo, spesso attraverso la combinazione di più approcci. La terapia chirurgica, la terapia farmacologica e la rieducazione pelvica sono le tre strade possibili tutte ben articolate al loro interno.

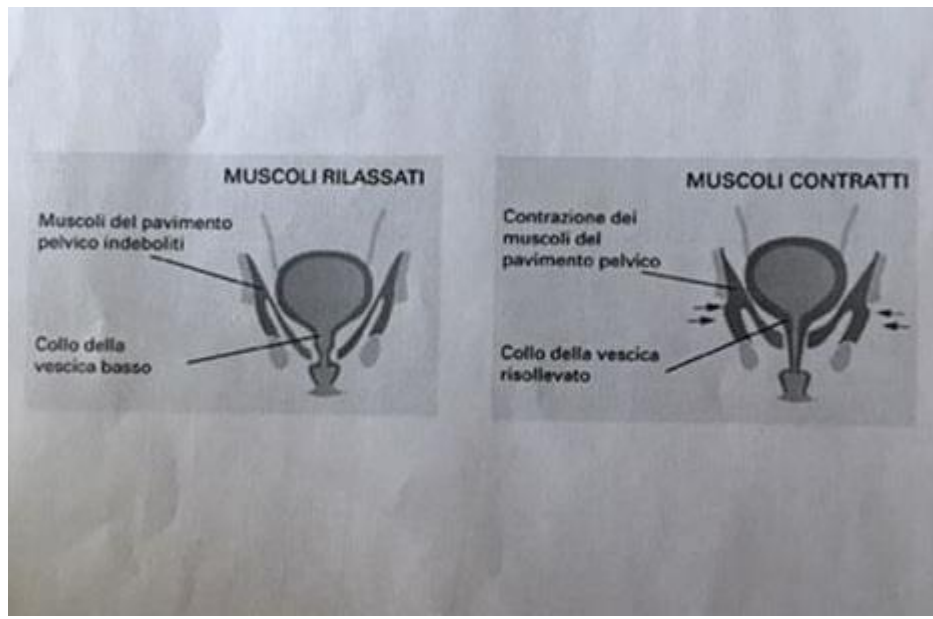
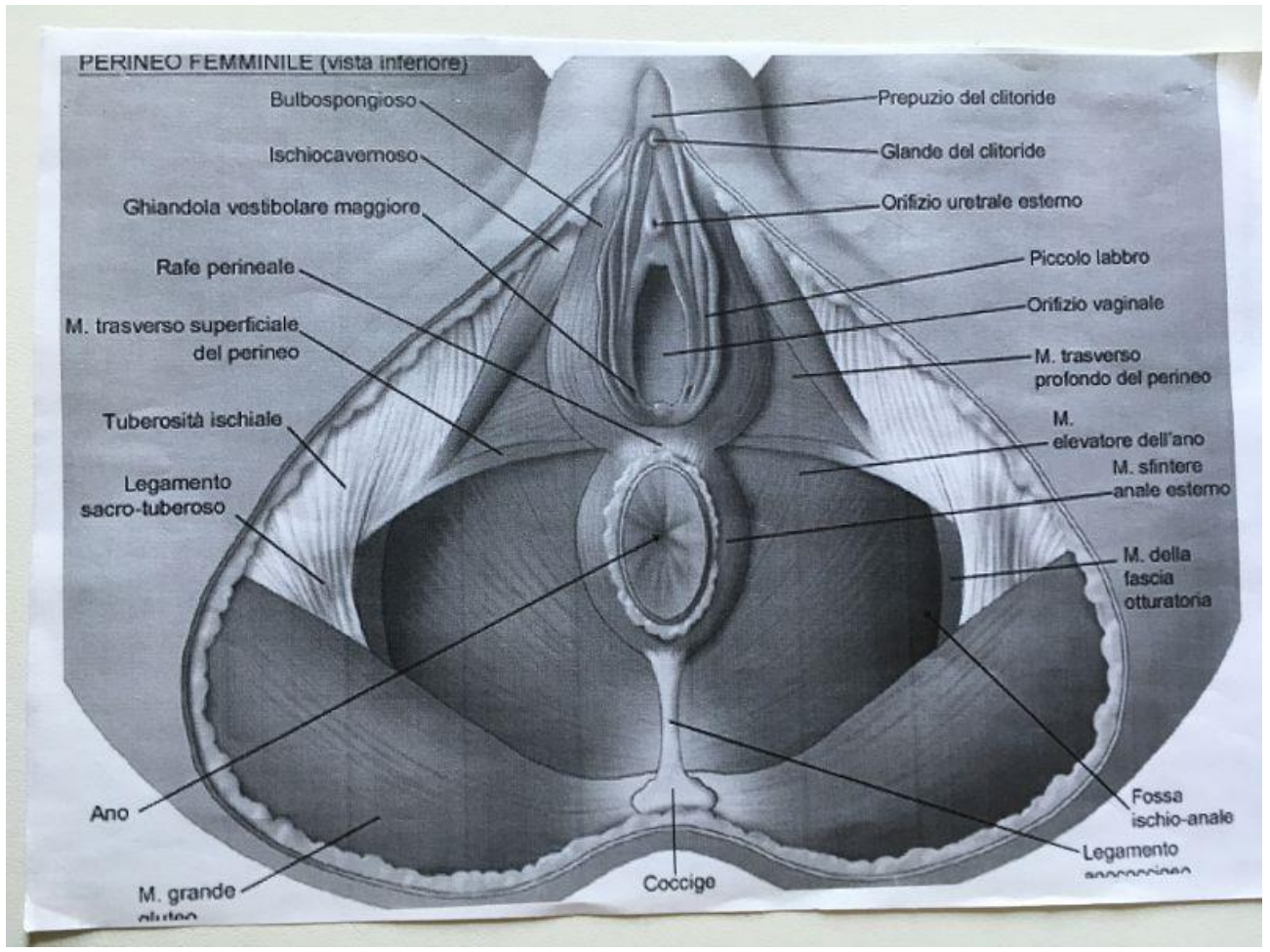
GENERALITA'

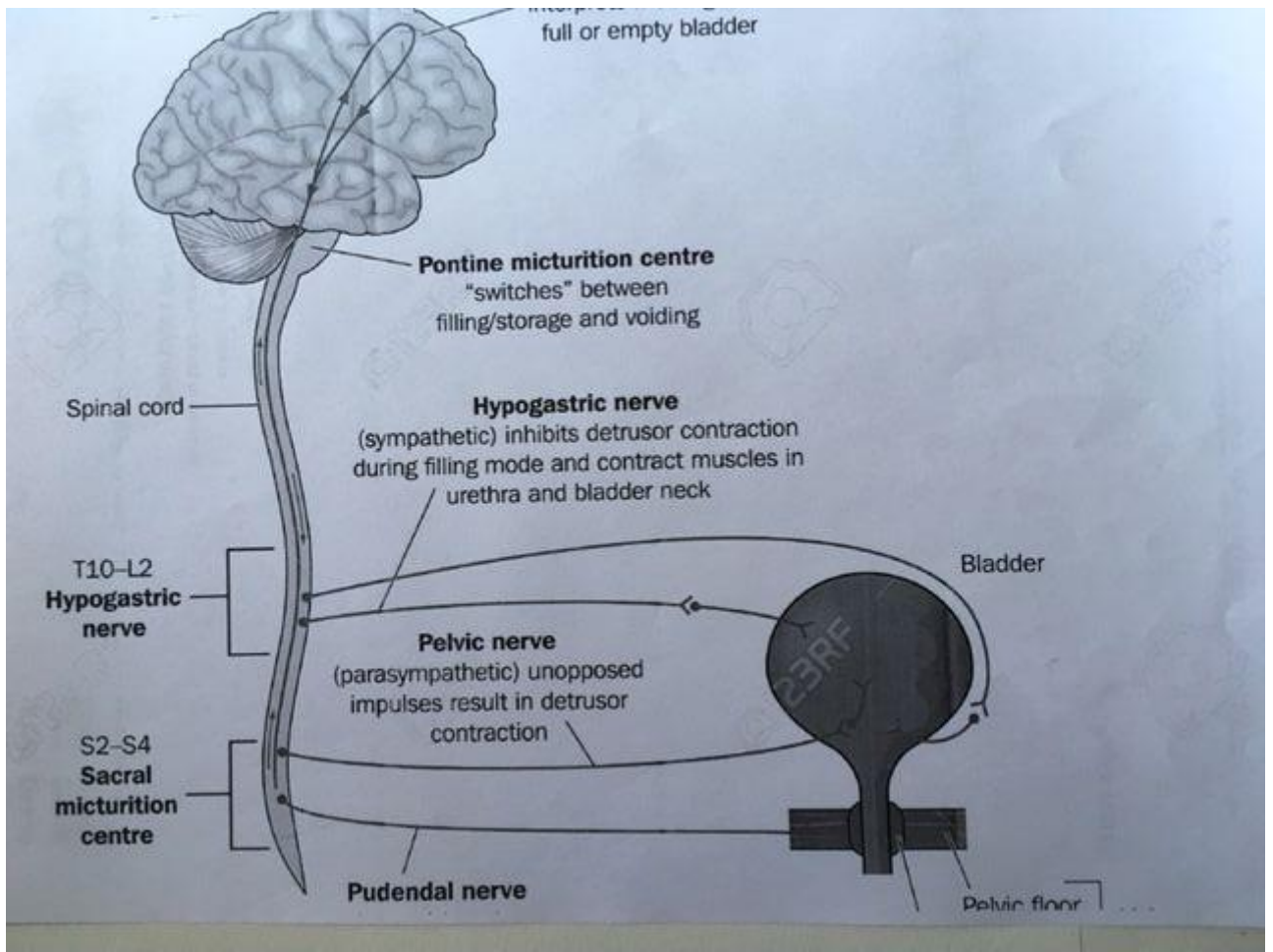
La funzione urinaria è controllata da un'attività sinergica tra le vie urinarie e il cervello. In particolare la continenza e la minzione implicano un equilibrio tra le azioni muscolari volontarie (sistema nervoso somatico) e quelle involontarie (regolate dal sistema nervoso autonomo e coordinate da un meccanismo riflesso).

Quando la minzione è completata, inizia la fase di riempimento: l'urina è raccolta nella vescica, dove si accumula fino al momento della sua eliminazione, che avviene tramite l'uretra. La vescica esplica una funzione sia di serbatoio (accumulo di urina) che di pompa (espulsione dell'urina). Lo stimolo minzionale insorge quando il riempimento della vescica è consistente (circa 200 ml, 1/3 della sua capacità massima): lo stiramento delle pareti vescicali innesca l'invio di segnali nervosi al midollo spinale e al cervello. In risposta a questi stimoli, il sistema nervoso avvia il riflesso di svuotamento: i nervi del midollo spinale segnalano al muscolo detrusore di contrarsi e, allo stesso tempo, inducono il rilassamento dello sfintere interno (muscolo involontario che circonda il collo della vescica). In risposta, l'individuo avverte la sensazione di pienezza e trattiene l'urina contraendo volontariamente i muscoli dello sfintere esterno, che circondano l'uretra. Non appena le condizioni sociali lo consentono, con il collo vescicale aperto e con il muscolo detrusore che comprime la vescica, l'urina defluisce nell'uretra e la persona rilassa consapevolmente i muscoli dello sfintere uretrale esterno per urinare. Questa decisione è volontaria, per questo durante la minzione il flusso urinario può essere interrotto volontariamente con la contrazione dello sfintere esterno. La volontà di trattenere l'urina ha comunque un limite e se il riflesso della minzione è sufficientemente intenso (a causa di un'abnorme stiramento delle pareti vescicali) l'inibizione riflessa dello sfintere esterno prevale sui comandi volontari che si oppongono alla minzione.

La continenza, sia nell'uomo che nella donna, è quindi affidata alla presenza di due sfinteri principali, uno prossimale (a livello del collo vescicale, non controllato dalla volontà) e uno distale localizzato a livello dell'uretra (sotto il controllo del sistema nervoso volontario). Partecipano alla continenza anche i muscoli pelvici ed i legamenti sostengono il collo vescicale e l'uretra, nonché tutte le strutture nervose coinvolte.

L'incontinenza si verifica se la chiusura del collo vescicale è insufficiente (incontinenza da sforzo) o se i muscoli che circondano la vescica sono iperattivi e si contraggono involontariamente e all'improvviso (incontinenza da urgenza).





DEFINIZIONI E CLASSIFICAZIONE

CONTINENZA URINARIA:

è la capacità di rinviare l'atto minzionale e di espletarlo in condizioni di convenienza igienico-sociale.

E' il risultato dell'integrità anatomica e funzionale delle vie urinarie.

INCONTINENZA URINARIA

E' l'espressione della perdita o della mancanza di acquisizione della capacità descritta in precedenza.

E' definibile come l'emissione involontaria di urina in luoghi o tempi inappropriati.

E' la perdita di urina ogni volta che la pressione di chiusura è negativa. Può avvenire fisiologicamente e volontariamente durante la minzione.

I due tipi più comuni sono :

L'incontinenza da urgenza, così definita poichè la perdita di urina è preceduta da un intenso stimolo minzionale, senza che la volontà possa opporsi: la perdita di urina avviene in seguito a contrazioni involontarie del muscolo detrusore della vescica.

L' incontinenza da sforzo, perché si manifesta durante uno sforzo .Di solito accade per un'alterazione dello sfintere dell'uretra.

L'associazione dei due tipi di incontinenza configura l'incontinenza mista.

CLASSIFICAZIONE CLINICA

1. INCONTINENZA URINARIA GOCCIA A GOCCIA
2. INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO
3. INCONTINENZA URINARIA DA MINZIONE IMPERIOSA
4. INCONTINENZA URINARIA MISTA(DA SFORZO E DA MINZINE IMPERIOSA).

1.INCONTINENZA GOCCIA A GOCCIA può essere espressione di diverse cause :

- ritenzione cronica
- perdita completa della funzione di serbatoio della vescica per retroazione su base funzionale ed organica;
- deficit sfinterico con riduzione delle resistenze uretrali.

2.INCONTINENZA DA SFORZO (IUS)

- da cause uretrali o sfinteriali

Insorge in occasione di aumento della pressione addominale(tosse, starnuti ,attività correnti,quali alzarsi,camminare,salire le scale o nei casi più gravi permanente-+/- in posizione distesa), è tipica come patologia del sesso femminile, possibile nella nullipara, ma più frequente nella pluripara, accompagnata o meno dal prolasso genitale.

3.INCONTINENZA DA MINZIONE IMPERIOSA

- da cause vescicali

Insorge in occasione di sensazione di impellenza minzionale definita:

- Motoria: in quanto vi è una anormale ipercontrattilità / iperriflessia del detrusore,
- Sensitiva perché vi è una sensazione di minzione anche a bassi riempimenti vescicali;
- Riflessa (tipica delle lesioni midollari soprasacrali) quando l'evento minzionale è automatico. Non vi è nessun controllo volontario corticale. Si verifica ad un definito volume soglia per brusche variazioni posturali o per effetto delle percussioni soprapubiche.

LE TERAPIE ATTUALI

Il trattamento per l'incontinenza urinaria dipende dal tipo di incontinenza, dalla gravità del problema, dalla causa sottostante e da quali misure si adattano meglio allo stile di vita del paziente. L'obiettivo di ogni trattamento per l'incontinenza urinaria consiste nel migliorare la qualità di vita della paziente. Nella maggior parte dei casi, la prima linea di trattamento è conservativa o minimamente invasiva. I farmaci possono essere necessari a seconda della causa dell'incontinenza. Se i sintomi sono più gravi e tutti gli altri trattamenti non sono efficaci, può essere raccomandato un approccio chirurgico. Il successo terapeutico dipende, in primo luogo, dalla corretta diagnosi. Nella maggior parte dei casi è possibile ottenere grandi miglioramenti e la risoluzione dei sintomi.

1. CHIRURGICA

2. INIETTIVA: alcuni trattamenti per l'incontinenza prevedono l'iniezione di:

- Tossina botulinica tipo A (soprattutto in caso di vescica iperattiva);
- Agenti di carica (collagene bovino o materiale adiposo autologo, per favorire la chiusura uretrale e ridurre le perdite di urina).

Alcuni trattamenti possono essere ripetuti e, talvolta, risultati accettabili sono riscontrabili dopo iniezioni multiple. L'operazione è minimamente invasiva, ma i tassi di guarigione sono inferiori rispetto a procedure chirurgiche più invasive.

3. FARMACOLOGICA: (utilizzo di anticolinergici);

4. RIABILITATIVA: la riabilitazione perineale è altrettanto utile nel miglioramento dell'incontinenza urinaria da sforzo recidivante dopo chirurgia, dunque può essere considerata valida alternativa terapeutica

ESERCIZI DI KEGEL

Gli esercizi muscolari pelvici o meglio chiamati esercizi di Kegel sono semplici contrazioni volontarie dei muscoli del pavimento pelvico che sostengono utero, uretra, vescica, retto. Questi esercizi devono il proprio nome al ginecologo statunitense A. Kegel che li ideò e promosse dopo averne scoperto la sorprendente utilità. L'obiettivo

principale degli esercizi di Kegel è migliorare il tono muscolare attraverso il rafforzamento dei muscoli del pavimento pelvico.

Il pavimento pelvico è un insieme di legamenti e muscoli posti alla base della cavità addominale/pelvica indispensabile per il sostegno di vescica, utero, retto e uretra.

Il muscolo pubococcigeo è il muscolo adibito sia alla regolazione del flusso urinario, sia al controllo delle vie del parto

LA TECNICA

Gli esercizi di Kegel possono essere eseguiti ovunque, ed in ogni momento del giorno: seduti, in piedi, sdraiati o durante il bagno.

Per eseguirli sono necessari semplici movimenti controllati:

1. Svuotare completamente la vescica: eseguire gli esercizi con la vescica piena può indebolire il muscolo pubococcigeo e provocare successive difficoltà nel completo svuotamento vescicale;
2. Contrarre i muscoli del pavimento pelvico per 5-10 secondi;
3. Rilasciare lentamente i suddetti muscoli per lo stesso periodo di tempo;
4. Non muovere gambe, glutei o muscoli addominali durante la ginnastica di Kegel;
5. Ripetere la serie 10 volte al giorno, 2-3 volte durante il giorno.

Alcuni soggetti faticano a individuare il muscolo pubo-coccigeo: per riconoscere ed identificare questo muscolo, si consiglia di interrompere il flusso di urina per alcuni secondi durante la minzione.

Su consiglio medico, è possibile avvalersi dell'ausilio di alcuni dispositivi o attrezzi utili per individuare il muscolo pubococcigeo e facilitarne l'esercizio. I dispositivi medici più utilizzati a tale scopo sono bilanceri, coni vaginali e molle specifiche.

I pazienti che soffrono di incontinenza urinaria dovrebbero eseguire gli esercizi immaginando di interrompere il flusso di urina, contraendo e rilasciando il muscolo pubococcigeo per alcuni secondi.

L'alternanza di contrazione rilassamento, ripetuta più volte, rafforza sia lo sfintere urinario che i muscoli del pavimento pelvico, riducendo le perdite urinarie incontrollate.

La ginnastica di Kegel è indicata anche come rimedio per il prolasso degli organi pelvici. Nelle donne che hanno avuto un parto naturale (vaginale) è possibile osservare una considerevole perdita di tono dei muscoli del pavimento pelvico, od un loro eccessivo rilassamento: in simili circostanze, la ginnastica di Kegel garantisce

nella maggior parte dei casi, il recupero totale della tonicità muscolare pelvica.

L'efficacia degli esercizi di riabilitazione perineale è subordinata a una corretta valutazione da parte del ginecologo o dell'uroginecologo, i quali possono individuare eventuali alterazioni del controllo volontario dei muscoli del pavimento pelvico. In tal caso consiglia alla donna l'esecuzione di qualche seduta di riabilitazione perineale sotto la guida del fisioterapista, per risolvere il problema. In condizioni di normalità, l'attivazione di questa muscolatura è utile sia per mantenere una qualità di vita sessuale soddisfacente, sia per prevenire l'incontinenza urinaria e il prolasso utero-vaginale.

ESECUZIONE -MATERIALE E METODI:

l'esame ecografico eseguito in clinostatismo e in posizione ginecologica è stato effettuato con approccio perineale, durante riposo funzionale, durante manovre di aumento massimale della pressione addominale(Valsava), dopo cessione della spinta addominale e in fase di contrazione della muscolatura del pavimento pelvico. Il riempimento vescicale (in genere tollerato bene dalle donne in condizione di normalità fino a 400 ml) è sufficiente per tale esame con un massimo di 200 ml. Le sonde convex e lineare sono appoggiate sulla regione vulvare e la prima informazione rassicurante mentre la paziente si prepara è che non essendo introdotte in vagina non viene creato nessun dolore o disagio; di non trascurabile importanza è la possibilità di effettuare tale esame anche in età adolescenziale con attendibilità sovrapponibile a quella degli adulti(tollerabilità e non invasività).

DEFINIZIONE DEI CASI E PROPOSTA DI LAVORO:

lo scopo del lavoro è stato valutare quanto, in corso di esame ecografico (dove viene determinata -se non ancora studiata dal clinico precedentemente - la tipologia di incontinenza : stress incontinence) l'induzione ipnotica possa essere il primo passo o un valido ausilio per il trattamento riabilitativo.

L'ipnosi ha il vantaggio di non comportare alcun rischio per il paziente, trattandosi di uno stato modificato, fisiologico e dinamico della coscienza che si basa sulla relazione terapeuta-paziente e durante la quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici. Il monoideismo plastico rappresenta la possibilità creativa di un'idea di riverberare a livello somatico con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.

Nel contesto dell'ipnotismo, il monoideismo plastico sta alla base di quasi tutte le applicazioni che si possono avere in campo medico e chirurgico. In condizioni di monoideismo plastico è possibile somministrare al soggetto persuasioni particolari quali quelle termiche, tattili, visive, uditive e cenestesiche che, dato l'alto grado di attenzione verso l'idea prescelta e le caratteristiche proprie della coscienza modificata, assumono speciale rilevanza e avvertenza e possono essere vissute come appartenenti al mondo fisico.

L'ecografia permette quindi un reale contatto tra operatore e paziente e, attraverso la visualizzazione su schermo degli organi oggetto di studio, rappresenta un mezzo che consente e facilita la comunicazione ai fini della diagnosi e dell'atto terapeutico.

La prima tappa nell'accoglienza del paziente è prima di tutto cercare di attivare un'alleanza terapeutica che significa non solo venire a conoscenza della malattia(disturbo difficile da raccontare anche a un medico:" dottore mi vergogno così tanto.. è un problema che non mi fa uscire di casa.. come posso uscire da questo incubo?.. solo il 20% ha trovato il coraggio di parlare con il medico, l'altro 80% vive il problema in solitudine e autosvalutazione. L' incontinenza "sporca" i vestiti, ma anche l' integrità sacra del corpo. Si torna bambino perdendo la continenza sfinterica e l'autostima ne esce profondamente ferita) ma capire chi si ha davanti, cosa sta provando e con quali difficoltà; nell'approcciarsi a costruire un rapporto empatico non bisogna dimenticare infine il ruolo ricoperto dalla comunicazione non verbale(durante il colloquio preliminare per la raccolta anamnestica il colloquio va sospeso quando si percepisce maggior ansietà).

Nello spiegare alla paziente l'esecuzione dell'esame dando dei minimi riferimenti anatomici dove siano la vescica, l'uretra e di come essa sia configurata (vescica e uretra sono come un imbuto e quando si urina si travasa verso un recipiente esterno..),e rassicurarla sulla perdita di urina può essere trattata con varie metodiche, a seconda del quadro ecografico riscontrato, consente la presa di coscienza e l'instaurarsi di buon rapporto di fiducia medico-paziente.

Per lo scopo prefissato sono state reclutate 3 pazienti già precedentemente valutate da me con ecografia transperineale, con diagnosi al termine dell'indagine ecografica di stress incontinenza, consenzienti alla sperimentazione e che si sono prestate alla riesecuzione dell'esame con implemento dell'informazione dato dalla tecnica ipnotica(della cui conduzione peraltro erano già state informate al termine del primo esame).

Erano pertanto pazienti con le quali si era già instaurato un rapporto di fiducia, con presa di coscienza e di rassicurazione che la patologia, suscettibile comunque di risoluzione con trattamenti tradizionali, avrebbe potuto essere migliorata o risolta e quindi instaurando un rapporto di empatia profonda preliminare alla nostra alleanza terapeutica.

Il **contratto** terapeutico che era precedentemente stato instaurato è stato solo pertanto velocemente ricordato, passando quindi ad un

inizio motivato di concentrazione sulla loro posizione sul lettino, eventualmente invitandole a chiudere gli occhi, descrivendo che **mi accorgo che le vedo** tranquille e comodamente rilassate (attenzione focalizzata) e che utilizzando i loro sensi possono mentre sono in tale posizione (**ricalco**) accorgersi che il rilassamento è sempre più profondo e nessuno le può disturbare.

In tale situazione di piacevole benessere, chiedo di **spostare l'attenzione sulla loro vescica e sull'uretra**, continuando a tenere la sonda ecografica appoggiata sulla regione vulvare e spiegando contemporaneamente l'immagine sul monitor ecografico, per aiutare la loro sensibilizzazione.

Contemporaneamente pongo la mano sulla regione prepubica e **suggerisco** di immaginare la vescica come un palloncino rotondo, di materiale di buona consistenza, ma di peso leggero, piacevole, come i palloncini pieni d'aria dei loro bambini o nipotini (**monoideismo plastico**), non soggetti più di tanto alla gravità, e che quindi "non pesano nella loro pancia" (spesso alla incontinenza da sforzo si associa cistocele, con sensazione di "ingombro vaginale").

[Altro monoideismo utilizzato è stato quello di un imbuto che sta travasando liquido in una bottiglia dalla quale però il liquido non può e non deve uscire]

Le **gratifico**, con un "molto bene!" (**ratifica**) e, aumentando la pressione della mano sull'addome, con spinta profonda della mia mano in sede retropubica nella simulazione di incremento della pressione endoaddominale, dico loro che in questa percezione di leggerezza della vescica qualsiasi sforzo da loro compiuto che aumenti la pressione endoaddominale, essendo la vescica "leggera" non determinerà alterazioni patologiche della minzione.

Le invito a questo punto ad effettuare una manovra di Valsava (chiudi con le dita a pinza il naso, chiudi la bocca e adesso spingi come se dovessi andare in bagno), pertanto con un effettivo incremento della pressione endoaddominale e, verificata sul monitor ecografico, anche da loro, "l'avvenuta continenza" spiego (**ancoraggio**) che in qualsiasi momento si trovino in una situazione di temuta incontinenza da sforzo (tosse, starnuti, borse pesanti della spesa...), ponendo la loro mano sulla regione bassa addominale possono opporre resistenza alla perdita di urina.

Alla deinduzione, con ulteriore verifica fisica della continenza (il pannolone posto sotto le natiche non si è imbevuto di urina) le pazienti sono andate a mingere normalmente.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Le tre pazienti convocate sono state valutate in altre due sedute ecografiche ,ovviamente con velocizzazione della procedura ecografica e della suggestione ipnotica ,in attesa che si sottoponessero a ginnastica riabilitativa del perineo ,non essendo stata ravvisata dallo Specialista che le aveva prese in cura la necessità di soluzione chirurgica.

Le pazienti si sono applicate nell'effettuare autoipnosi,con discreto successo nel raggiungimento dell'obiettivo prefissato (riduzione dell'utilizzo dei pads).

Sicuramente è stato di incoraggiamento per loro e di supporto alla metodica il poter seguire sul monitor ecografico le immagini del loro corpo e la contemporanea positiva risposta al problema con la suggestione ipnotica.

Ritengo che , anche se la casistica è per il momento limitata , la sperimentazione ,soprattutto in un contesto ospedaliero che abbia maggior afflusso di pazienti con tale patologia, possa essere proseguita.

IMMAGINI ECOGRAFICHE

Proiezione ecografica sagittale del perineo (anteriore-medio e posteriore) :

- Vescica e uretra in condizioni basali
- durante esecuzione di Valsalva (primo esame ecografico di tipizzazione della tipologia di incontinenza urinaria)
- esecuzione di Valsalva con apertura, imbutizzazione del collo vescicale ed ampia fuga di urina in Paziente non ancora in induzione ipnotica, seguita da nuovo Valsalva durante induzione ipnotica, senza perdita di urina (stessa Paziente rivalutata in tempi successivi dopo training) .



Image 1



Image 13

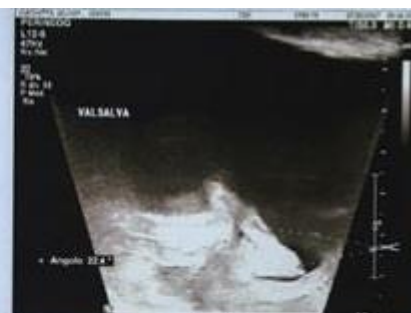
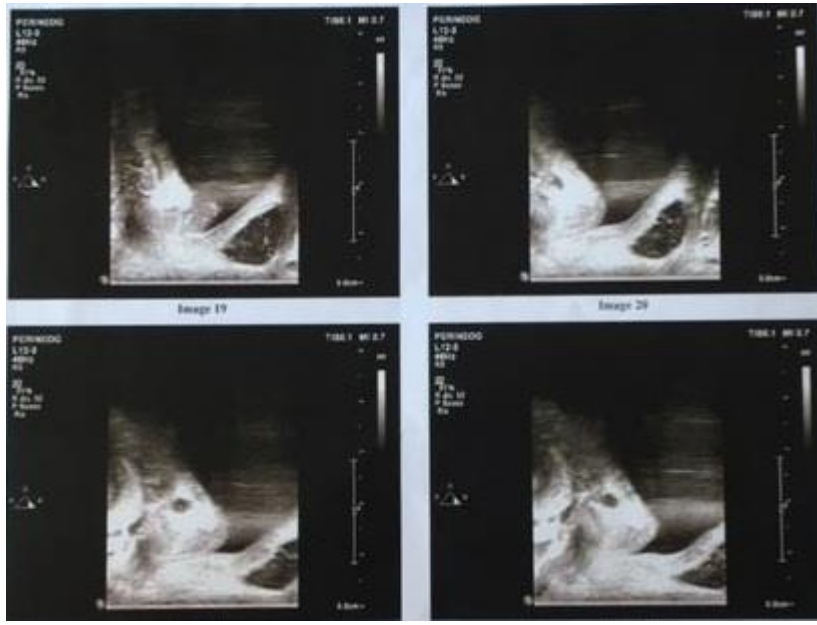


Image 14





Bibliografia

- Casiglia E. *Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza*, Cleup, Padova, 2015
- Biroli A. Carone R. *Impairment, disability and handicap in non neurogenic female urinary incontinence* - *Urodinamica* 7: 196-198, 1997
- Charon R. *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust*. *JAMA* 2001; 286: 1897-902
- Chen G. D. e AA.VV. *Applicability of perineal sonography in anatomical evaluation of bladder neck in women*. *Jour. Clinical Ultrasound* 25 (4): 189 - 194, 1997
- Lapray J.-F. *Imaging della vescica e della dinamica pelvica nella donna*. Verduci Editore, 2000
- Sarnelli G., Carone R., Biroli A. *L'ecografia perineale dinamica nello studio dell'incontinenza urinaria femminile*. *Urologia pratica* 3, 77-84, 1999
- Siegel e AA.VV. *Sonography of the female uretra*. *Am. J. Roentgen*, 170:5, 1269 - 74, 1998
- Granone F. *Trattato di ipnosi*. Utet, 1989

Il mio ringraziamento particolare al professor Antonio Lapenta, attuale Direttore, al mio Relatore e a tutti i Docenti della Scuola, che mi hanno accolta come discente, alla impareggiabile Maestra scomparsa, Prof. Laura Papi, e al grande fondatore in Italia di questa Scuola, con competenze cliniche ed intuizioni impareggiabili, Prof. Franco Granone.

