

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone**

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA
Anno 2016**

L'ipnosi nel trattamento della vescica iperattiva: un case report.

Candidato

Daide Papi

Relatore

Milena Muro

all'Ipno Team
fonte di ispirazione

Sommario

1. INTRODUZIONE
2. OVERVIEW DELLA LETTERATURA
3. BASI ANATOMOFISIOLOGICHE DELL'INCONTINENZA E DEL SUO TRATTAMENTO
 1. La fisiologia della minzione
 2. L'incontinenza urinaria: definizione e tipi
 3. La vescica iperattiva
 4. Test ed esami
 5. La terapia dell'incontinenza urinaria
4. DEFINIZIONE DEL CASO
 1. Dati generali
 2. Sintomo principale e storia clinica
 3. Test iniziali
 4. Trattamento effettuato e risultati parziali
5. L'IPNOSI
 1. La suggestione ipnotica
 2. L'ancoraggio
6. FOLLOW UP
 1. A fine trattamento
 2. A tre mesi
7. CONCLUSIONI
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

La minzione ed il suo procastinamento sono atti complessi, che sottendono a meccanismi neurologici sia volontari che involontari.

Il ruolo delle emozioni nel governare queste funzioni è comunemente riconosciuto, tanto che è entrato nel linguaggio comune. Quando ci si spaventa, per esempio, si usa dire "farsela addosso dalla paura".

La minzione è determinata anche dal nostro sistema cosciente; la prova è il fatto che in fisiologia è possibile, entro certi limiti, governarla volontariamente. Questi due fatti incoraggiano l'utilizzo della comunicazione ipnotica nei disturbi della minzione, infatti già nel libro "trattato di ipnosi" Franco Granone riconosce il ruolo dell'ipnosi nel trattamento dell'enuresi [1].

In questa tesi ho utilizzato su una donna affetta da incontinenza urinaria mista (B.R.) una induzione ipnotica come supporto alla terapia riabilitativa classica. Il follow up è stato eseguito all'inizio del trattamento riabilitativo, alla fine del trattamento e telefonicamente a tre mesi.

Il rationale dell'utilizzo dell'ipnosi si basa su quanto scritto sopra e sulla fisiologia della minzione.

OVERVIEW DELLA LETTERATURA

Su pubmed ho incrociato "hypnosis" con "enuresis" oppure con "overactiv bladder" oppure con "urinary incontinence" oppure con "urge incontinence". In totale ho trovato 96 studi, ma escludendo gli articoli riguardanti i bambini, quelli non pertinenti all'ipnosi o quelli riguardi esclusivamente l'enuresi notturna sono rimasto con soli due articoli utili e pertinenti alla trattazione di questa tesi.

Nel 1980 Godec et al. scrissero un case report su una donna di 25 anni affetta da "instabilità detrusoriale" (quella che adesso viene definita "vescica iperattiva"). La cosa interessante di questo studio è che vennero confrontate le curve urodinamiche della baseline e del follow up a tre mesi, dunque venne oggettivato e strumentalmente misurato il cambiamento. Dopo 3 mesi di trattamento ipnotico il tracciato urodinamico mostrò un netto miglioramento [2].

Freeman ed al. nel 1982 trattarono 50 donne affette da "instabilità detrusoriale". Il trattamento si compose di 12 sedute di ipnositerapia con l'operatore e la consegna di una audiocassetta da ascoltare a casa. Il follow up a fine trattamento mostrò una guarigione in 29 donne, una riduzione dei sintomi in 14 donne, nessun miglioramento in 7 donne. Lo stesso trend di miglioramento si mantenne nei tre e sei mesi successivi di follow up. Gli autori concludono che *" i fattori psicologici sono molto importanti nell'instabilità detrusoriale idiopatica e l'ipnoterapia è un trattamento efficace per ridurre i sintomi di incontinenza"* [3].

Purtroppo poco è stato scritto negli ultimi anni sull'utilizzo dell'ipnosi nella vescica iperattiva.

Sembra quasi che dopo un entusiasmo iniziale intorno agli anni '80, e nonostante i successi riportati, l'ipnoterapia sia "passata di moda" tra chi pubblica sull'argomento.

BASI ANATOMOFISIOLOGICHE DELL'INCONTINENZA E DEL SUO TRATTAMENTO

3.1 La fisiologia della minzione

La minzione è governata da vescica ed uretra e regolata da un complesso apparato neurologico.

La **vescica** funziona sia da sito di stoccaggio dell'urina che da motore della minzione. Entrambe queste funzioni sono garantite primariamente dal suo epitelio e dal muscolo **detrusore**, che la riveste. Quest'ultimo è composto di fibre muscolari lisce disposte a "reticolo" e ciò gli permette di espandersi senza creare tensione. In condizioni fisiologiche le pressioni all'interno della vescica rimangono dunque sempre basse per preservare la funzione ureterale e renale [4].

L' **uretra** è di lunghezza variabile a seconda del sesso, ma in entrambi è interrotta da almeno due sfinteri: lo *sfintere interno*, appena al di sotto del collo vescicale, ha lo scopo di mantenere la continenza durante la fase di riempimento vescicale; lo *sfintere esterno*, in contatto con i muscoli del pavimento pelvico, garantisce la continenza in condizioni di emergenza o di stress (inteso come sforzo addominale) [5].

La sola integrità anatomica del detrusore e dell'uretra non è però in grado di garantire una corretta fisiologia minzionale; è necessaria una **integrità neurologica e funzionale**.

La vescica è innervata sia da fibre parasimpatiche, di pertinenza sacrale (3° e 4° metamero), che innervano la maggior parte del detrusore, sia da fibre ortosimpatiche, di pertinenza toraco lombare (dal 10° segmento toracico fino al 2° segmento lombare) [6].

Durante una minzione la combinazione degli stimoli di questi due sistemi fa sì che il detrusore si contragga ed il collo vesciale (la parte che confina con

l'uretra) si apra ad imbuto, per favorire l'uscita dell'urina.

Lo sfintere interno è regolato da meccanismi neurologici autonomi con neurotrasmettitori sia colinergici (parasimpatici) che noradrenergici (ortosimpatici); lo sfintere esterno è regolato dal sistema nervoso somatico e si può quindi contrarre volontariamente in condizioni di necessità.

I **centri di controllo** delle fibre suddette si trovano nel midollo e nell'encefalo [7], nello specifico (partendo dall'alto):

- Corteccia cerebrale
 - area motoria detrusoriale, situata nel lobo frontale a livello del giro superiore frontale
 - area motoria dello sfintere striato uretrale e della muscolatura striata uretrale, in corrispondenza del lobulo paracentrale
- Capsula interna, sistema limbico, gangli della base, cervelletto
- Centro ponto mesencefalico (la cui stimolazione provoca una contrazione riflessa del detrusore con contemporaneo rilasciamento cervico-uretrale)
- Simpatico toraco-lombare (D10-L2)
- Centro sacrale (S2-S4)

Durante la **fase di riempimento vescicale** la stimolazione dei beta recettori ad azione simpatica permette il rilascio detrusoriale e la chiusura dello sfintere uretrale interno. Lo sfintere esterno in questa fase esercita una azione tonica sull'uretra, oltre a garantire la continenza volontaria in condizioni di stress.

La **fase della minzione** inizia con uno sbilanciamento controllato dell'equilibrio para-ortosimpatico, nello specifico una riduzione dell'attività ortosimpatica ed un aumento di quella parasimpatica; questo porta ad una contrazione detrusoriale e al rilasciamento dello sfintere esterno.

Il detrusore e lo sfintere hanno una innervazione che permette loro di contrarsi "in opposizione di fase": durante il riempimento vescicale quando il detrusore tende a rilasciarsi lo sfintere tende a contrarsi, durante la minzione succede l'opposto. Questo meccanismo è alla base del razionale riabilitativo (paragrafo 3.5).

3.2. L'incontinenza urinaria: definizione e tipi

Secondo l'International Continence Society (ICS) con il termine "Incontinenza Urinaria" (UI) ci si riferisce ad "ogni perdita involontaria di urina" [8].

La precedente definizione di UI era più complessa: "perdita di urina in luoghi e tempi non socialmente appropriati", ma si è deciso di sostituirla sia per il suo accento troppo "sociale" e non clinico/fisiologico, sia perchè teneva poco conto della volontà soggettiva.

Sempre secondo le linee guida dell'ICS esistono circa 11 tipi diversi di incontinenza urinaria. Non ritengo opportuno descriverli tutti in questa sede, mi limiterò a quelli di cui B.R. è affetta, che per altro sono i tre principali.

- **Incontinenza urinaria da stress:** perdita involontaria di urina durante un'attività fisica, sportiva, o in tutte quelle attività che aumentano la pressione addominale, come tossire o starnutire.
- **Incontinenza urinaria da urgenza:** perdita involontaria di urina associata a urgenza minzionale.
- **Incontinenza urinaria mista:** perdita involontaria di urina associata ad urgenza ed anche ad attività fisica, sportiva, tosse o starnuti.

3.3 La vescica iperattiva

L'International Continence Society definisce l'urgenza minzionale come la "deuncia di un forte desiderio minzionale, difficile da procrastinare" [9].

La **vescica iperattiva** (Over Activ Bladder, OAB) è una sindrome che presenta sintomi come l'urgenza minzionale (con o senza perdita urinaria), associata o meno ad un aumento della frequenza minzionale e nicturia ed in assenza di infezioni o altre ovvie patologie.

Le stesse definizioni di incontinenza urinaria e vescica iperattiva implicano che quest'ultima possa essere diagnosticata solo in persone cognitivamente sane [10]. La misurazione quantificabile e oggettiva dell'urgenza è infatti spesso difficile; sovente ci si basa su una misurazione soggettiva.

La OAB è definita, infine, come "neurologica" se è correlata ad una rilevante condizione di patologia neuologica associata.

Esistono due principali modelli che tentano di spiegare il meccanismo dell'OAB:

1. L'aumento anomalo di stimoli afferenti provenienti dalla vescica e dall'uretra
2. L'incapacità di mantenere adeguati stimoli inibitori provenienti dai centri superiori.

Il primo modello si basa sulla possibilità che l'urotelio o i sensori miogeni detrusoriali subiscano delle modificazioni biochimiche e strutturali che li portino ad attivarsi precocemente.

E' il secondo modello, però, più utile per giustificare questa tesi.

Secondo questo modello una disfunzione ai pattern neurologici inibitori centrali, od una sensibilizzazione dei nervi afferenti, portano a smascherare il riflesso primitivo della minzione, accendendo il meccanismo della vescica iperattiva [11] [12]. Il meccanismo della minzione, una volta innescato, tende infatti a funzionare in autonomia; è simile ad un riflesso padrone, una volta iniziato è difficile da interrompere. Solo il costante stimolo inibitorio dei centri di comando superiori riesce non far partire questo riflesso.

Secondo questo modello sono dunque gli stessi centri di comando superiori che, se danneggiati o malfunzionanti, tendono a far partire il riflesso troppo presto o troppo spesso.

3.4 Test ed esami

Ritengo superfluo descrivere tutti i test e gli esami utili alla diagnosi e stadiazione dell'incotinenza urinaria, ho deciso di sintetizzare esclusivamente quelli utilizzati con il soggetto di questo studio:

- **PC test:** Consiste nel valutare la forza del muscolo Pubo Coccigeo (PC), che costituisce la parte anteriore ed inferiore del muscolo elevatore dell'ano [13]. Una volta introdotte due dita esploratrici in

vagina e preso contatto con il muscolo si chiede alla paziente una attivazione del muscolo con il comando "provi a trattenere l'urina" [14]. Si valuta il muscolo bilateralmente e si assegna ad ogni lato un grado di forza che va da 0 punti (nessuna contrazione) a 5 punti (contrazione assai potente) [15].

- **Diario minzionale:** Consiste in un supporto cartaceo in cui il paziente riporta gli eventi riguardanti le fasi di riempimento e svuotamento vescicale. Sono annotate le perdite urinarie, la frequenza delle minzioni e la quantità di urina emessa, il numero di assorbenti che si è reso necessario cambiare, i liquidi introdotti ecc. Anche se appare come uno strumento semplice è un potente alleato diagnostico del clinico perchè riesce ad oggettivare i sintomi riportati dalla paziente.
- **ICI-Q:** "Intenational Consultation on Incontinence modular Questionnaire", è uno strumento standardizzato ed internazionale per la pratica e la ricerca clinica sull'incontinenza [16]. Esistono vari modelli di ICI-Q, che differiscono per numero di item, per patologie, per sesso ecc. Tutti i tipi di ICI-Q, però, esprimono il grado dell'incontinenza misurata soggettivamente dalla paziente. Per questa tesi abbiamo utilizzato L'ICI-Q short form, con 4 item, grading da 0 a 29 (in cui il 29 è il punteggio di massima gravità) e grado di evidenza A. Il vantaggio di questo modello è di suggerire le principali cause dell'incontinenza. Sfortunatamente, trattandosi di misure soggettive e non compensate (per comorbidità, età, ecc.) non esiste un cut off di incontinenza definito nelle linee guida. Mi sono dunque allineato alla maggior parte degli studi, che utilizzano un cut off di 11 punti come indicatore oltre il quale si può definire una persona incontinente.
- **Esame Urodinamico:** E' la misurazione delle variazioni pressorie della vescica in funzione riempimento (volume) vescicale. Solitamente effettuato dal medico urologo, si attua con un catetere vescicale a "doppia via": un via è collegata ad una pompa di soluzione fisiologica che permette di controllare il volume di riempimento vescicale, la seconda via è collegata ad un trasduttore pressorio. Questa seconda

via permette, durante la sua estrazione, di misurare anche la pressione uretrale o "profilo uretrale" . Fornisce informazioni sulla sensibilità vescicale (in quanto il paziente è continuamente interrogato rispetto ad esse), sulla capacità di riempimento vescicale senza attivazione detrusoriale, sull'elasticità vescicale e sulla pressione di chiusura uretrale, se si effettua il profilo pressorio uretrale [17].

3.5 La terapia dell'incontinenza urinaria

Così come per i test e gli esami diagnostici riassumerò solo le metodiche utilizzate in questa occasione:

- **Pelvic Floor Muscle Training (PFMT):** si tratta di un rinforzo dei muscoli del pavimento pelvico, in special modo del PC. l'obiettivo di questa tecnica è sia di rinforzare i muscoli periuretrali striati (lo sfintere uretrale esterno) [18], sia di rilassare la vescica tramite l'innervazione in opposizione di fase che essa ha con tali muscoli [19].

Come in tutti i tipi di rinforzo muscolare ci si possono aspettare miglioramenti in due tempi:

- Prime quattro settimane: Il miglioramento è puramente neurologico. Il muscolo si muove meglio grazie al motoneurone alfa che scarica con una frequenza maggiore e su più placche motrici.
- Dopo i primi 50 giorni di esercizio: in questo caso il miglioramento della forza contrattile è dovuto principalmente al muscolo; questo infatti è il tempo necessario per generare una ipertrofia muscolare che aumenti forza contrattile.

L' ICS sostiene che *"il PFMT con supervisione dovrebbe essere offerto come prima linea di terapia conservativa nei casi di incontinenza da stress, da urgenza o mista"*(grado di evidenza A) [20].

- **Coni vaginali:** anche detti "pesi vaginali" sono dei device costruiti per testare l'efficacia del PFMT ed aumentare la durata di contrazione del pubo coccigeo [21]. In teoria, quando un cono viene inserito in vagina, la sensazione di perderlo provoca una contrazione potente del muscolo

PC. In realtà spesso accade che il cono semplicemente si adagia sopra la fionda del PC anche senza che questo si attivi. Per questo motivo, oltre che per il difficile utilizzo pratico le linee guida dell'ICS sono molto tiepide nel consigliarli (grado di raccomandazione D).

- **Foot stimulation:** consiste in una stimolazione elettrica del nervo tibiale posteriore nella zona della caviglia, dove si superficializza. E' l'evoluzione per fisioterapisti del PTNS (Posterior Tibial Nerve Stimulation) in quanto quest'ultima è fatta con piccoli aghi da agopuntura, dunque formalmente illegale da applicare. Deve essere fatto per 30' al giorno (quindi domiciliariamente, nel nostro caso). Il rationale di questa tecnica è che il n. tibiale posteriore condivide le radici sacrali con il plesso pudendo e la vescica; una sua stimolazione modula per "via retrograda" tutto la zona di plesso sacrale. Non esistono ancora linee guida, ma la maggior parte degli studi suggeriscono una effettiva riduzione dei sintomi urinari [22].
- **Terapia farmacologica:** ovviamente la farmacologia dell'incontinenza urinaria, come in ogni altro tipo di patologia frequente nella popolazione, è molto nutrita (in tutti i sensi, anche quello economico). Sono state studiate molte molecole, ma nessuna senza effetti collaterali [23]. In particolare i principali inibitori dell'attività autonoma vescicale non riescono ad essere del tutto selettivi; possono portare a disfunzioni simpatiche come la xerostomia, la xerosi oculare o una stanchezza muscolare diffusa.

DEFINIZIONE DEL CASO

4.1 Dati generali

B.R. è una donna di 67 anni. Gnosica, costante e collaborativa, qualità concentrate nel suo corpo minuto. Pensionata, ma casalinga per vocazione. Sposata e con un figlio avuto all'età di 32 anni con parto eutocico.

E' affetta da Sclerosi Multipla (SM), diagnosticata 12 anni prima dell'arrivo al nostro centro (Neuro-urologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi). Nonostante questa patologia le sue condizioni di autonomia sono buone, il livello funzionale e di autonomia non è ancora stato scalfito.

Raggiunge il mio ambulatorio in autonomia, deambulando senza evidenti schemi patologici e senza ausili, usando i mezzi pubblici o accompagnata in macchina dal marito (non ha mai preso la patente).

E' autonoma nelle Activity Daily Living (ADL), con una sola riduzione dello score per quello che riguarda la continenza (ma rimane autonoma anche in quell'ambito).

E' autonoma anche nelle Advanced Instrumental Activity Daily Living (AIDDL); riesce cioè a fare la spesa, rispondere al telefono, curare la casa e tutte quelle attività quotidiane che richiedono una strumentazione.

Ha un Mini Mental State Examination (MMSE) di 29/30 (come me, mi dimentico sempre il giorno del mese).

Gli unici segni della sua malattia sono: una certa stanchezza muscolare che compare in maniera variabile in alcune giornate ed il sintomo delle basse vie urinarie per cui è afferita al nostro centro.

4.2 Sintomo principale e storia clinica

B.R. soffriva di *incontinenza urinaria mista*. Utilizzava due o tre assorbenti al giorno. Il problema riferito come più importante era l'urgenza, presumibilmente perchè le perdite dovute all'urgenza erano più copiose di

quelle causate dai semplici sforzi. Gli intervalli tra le minzioni erano limitati, doveva prendere tutte le precauzioni prima di uscire (ricordandosi sempre di andare prima in bagno) ed anche a casa era costretta a correre al bagno. Circa due volte alla settimana non riusciva ad arrivare in bagno in tempo e si bagnava; questi episodi accadevano prevalentemente in casa ma con perdite così importanti da impedirle una vita completamente rilassata all'esterno. B.R. aveva già eseguito un ciclo di riabilitazione pelvi perineale nei primi mesi del 2013 presso il nostro centro; io stesso la trattai con benefici significativi. In molti pazienti, infatti, accade che dopo qualche anno dal ciclo di trattamento i sintomi urinari tornino a ripresentarsi. La causa principale di questa flessione consiste nel fatto che i pazienti smettono di fare il PFMT a casa. Nel caso di B.R. la causa sembrava apparire subito diversa: sosteneva fatti di avere continuato il PFMT quotidianamente, con i tempi e con i modi prescritti. Per questo motivo ho sospettato da subito che questo incremento dei sintomi fosse dovuto ad un peggioramento della sua malattia principale, la SM. Prima di iniziare un nuovo ciclo di riabilitazione B.R. si è sottoposta all'usuale iter clinico e diagnostico con i medici; dopo quattro anni le condizioni potevano infatti essere cambiate. I medici hanno confermato un'iperattività detrusoriale neurogena. Nello specifico l'esame urodinamico sottolineava una *"lieve limitazione della compliance vescicale"* e una *"riduzione fisiologica delle pressioni uretrali per sesso ed età"* compatibili con un quadro di *"incontinenza urinaria mista"*. I problemi erano dunque sia vescicali che sfinterici. Il dilemma medico in questo caso era la comorbilità: i farmaci anticolinergici ed anti muscarinici, pure se di ultima generazione, hanno come effetto collaterale la spossatezza e la riduzione della forza muscolare generale. Proporre una simile cura significava minare l'autonomia di B.R. aggravando i sintomi della SM; si è scelto dunque per la fisioterapia, anche se già utilizzata in passato.

4.3 Test iniziali

B.R. è stata valutata con PC test, diario minzionale ed iCI-Q.

- **PC test:** 2/5 a destra e 3/5 a sinistra. Questi valori sono in linea con la media dell'età e del sesso, ma in una persona che ha continuato ad eseguire quotidianamente il PFMT ci si aspetterebbero migliori.
- **Diario minzionale.** A fronte di una assunzione di liquidi corretta B.R. aveva una frequenza minzionale decisamente aumentata: circa una minzione all'ora. Erano evidenziati tre o quattro episodi quotidiani di urgenza e altrettanti di fughe urinarie dovute a sforzi. In due episodi nelle 72 ore in cui B.R. non è riuscita ad arrivare in bagno asciutta durante un' urgenza.
- **ICI-Q:** 13 punti su 29. Misura superiore al cut off di riferimento di 11 punti. B.R. sottolineava di perdere "più volte al giorno" e di sentire questa sua disfunzione come molto pesante sulla sua vita quotidiana (5 punti scala VAS).

4.4 Trattamento effettuato e risultati parziali

B.R. ha iniziato e concluso un ciclo di riabilitazione perineale, che nel nostro ambulatorio si struttura in 10 sedute bisettimanali di 30' con il fisioterapista. E' stato piuttosto semplice perfezionare gli esercizi di **PFMT**, in quanto B.R. aveva già imparato anni prima come farli ed aveva bisogno solo una revisione. Per fare questo sono state necessarie solo tre sedute, nelle quali la paziente è ritornata a muovere correttamente il piano perineale, i muscoli accessori addominali e quelli del cingolo pelvico (o a "non muoverli" nel caso fossero parassiti al movimento corretto). I risultati di questo primo intervento sono stati incoraggianti: B.R. è passata da 4 perdite giornaliere causate dall'incontinenza da sforzo a sole 4 settimanali. Questo miglioramento precoce è giustificato dal fatto che era sufficiente "muoversi meglio" per migliorare la continenza, indipendentemente dalla forza muscolare (che in effetti si era mantenuta discreta negli anni).

Al fine migliorare ulteriormente l'incontinenza da sforzo si è proposto alla paziente di utilizzare la sonda per l'elettrostimolazione vaginale a casa, senza

stimolazione. Il tipo di sonda acquistata, infatti, permetteva di essere utilizzata come un **cono vaginale**. La paziente è stata addestrata all'utilizzo domiciliare della sonda e invitata ad usarla quotidianamente. Il razionale di questo intervento è quello di stimolare la coscientizzazione del PC e di rinforzarlo ulteriormente con delle tenute "di durata". Nessun risultato clinico è stato ottenuto durante il mese e mezzo di trattamento o nel follow up a tre mesi; anche perchè, come ammette lei stessa nell'intervista, la paziente ha smesso di utilizzare questa metodica riabilitativa invasiva.

Nessun miglioramento è stato però ottenuto dal PFMT sull'incontinenza da urgenza, dunque è stato proposto a B.R. il **foot stimulation** domiciliare. B.R. è stata istruita su come posizionare gli elettrodi e le è stata prestata una unità di elettrostimolazione domiciliare. B.R. ha migliorato la sua autonomia a seguito di questo ulteriore trattamento: la frequenza minzionale si è ridotta e dunque riusciva ad uscire di casa con più tranquillità.

Rimaneva tuttavia un problema; il foot stimulation non era riuscito a migliorare le due volte a settimana in cui a casa non riusciva a raggiungere il bagno e si bagnava.

Questo mi è apparso all'inizio difficile da spiegare (perchè migliorare nella maggior parte del tempo ma non sempre?), ma considerando la fisiologia della minzione non è poi così strano: gli stimoli superiori sono inibitori rispetto alla vescica, dunque in situazioni di attenzione continuano a funzionare se si riescono a raggiungere range di attivazione accettabili. In casa manca la paura di bagnarsi, gli stimoli inibitori sono sopiti, dunque probabilmente il range di miglioramento ottenuto con il Foot Stimulation non era sufficiente.

Fortunatamente abbiamo speso per fare tutte le precedenti terapie "solo" 7 sedute, grazie al fatto che la paziente sapeva già fare il PFMT. Abbiamo dunque potuto dedicare le ultime tre giornate all'**ipnosi**, per ridurre questo ultimo sintomo delle due perdite settimanali casalinghe.

Vorrei sottolineare che iniziare un nuovo tipo di terapia in questa fase (cioè 4 settimane dall'inizio del trattamento) permette di escludere la componente di miglioramento dovuta al PFMT, che ha già esaurito la sua modificazione neurologica (paragrafo 3.5).

L'IPNOSI

Di seguito riporto lo script utilizzato per le sedute di ipnosi:

CONTRATTO terapeutico	R. ADESSO TI INSEGNANO UNA NUOVA TECNICA CHE PERMETTERÀ A TUTTO QUELLO CHE ABBIAMO FATTO DI ESSERE ANCORA PIÙ EFFICACE	Raccolgo un bisogno/ stimolo un desiderio	Fiducia sì
ORDINE motivato	TI CHIEDO DI STARE ATTENTA AL TUO CORPO, PER CONNETTERTI NEGLIO CON LA TUA SENSIBILITÀ PROFONDA	In linea con l'obiettivo	Fiducia sì
ATTENZIONE FOCALIZZATA	FAI ATTENZIONE A DOVE È IL TUO CORPO NELLA STANZA, ALLA POSIZIONE CHE PRENDE ED AL PESO CHE NE DERIVA	All'interno respiro, senti il corpo/ all'esterno fissa un punto	Aumentare la percezione attraverso i sensi
DESCRIZIONE dico quello di cui io mi accorgo (AGGIUNTO DOPO)	VE DO CHE SEI SEDUTA CON LE MANI APPOGGiate ALLE CINOCCHIA E CHE STAI DISTRIBUENDO IL PESO TRA PIEDI. SEDUTA DELLA SEDIA È SCHIENALE	Utilizzo i miei sensi : vedo che, a detto che, sento che ecc	Fiducia sì
RICALCO dico ciò di cui il paziente si accorge (1.°°)	POI ACCORGETTI DI LORO, ANCHE SE CHIUDI GLI OCCHI. LA LUCE CONTINUI A FILTRARE ATTRAVERSO LE TUE PALPEBRE	Utilizzo i suoi sensi: può accorgersi di	Fiducia sì
SUGGERIZIONE suggerisco esperienze possibili utilizzo tempo futuro e stimolo tutti i sensi	E MENTRE L'ATTENZIONE AL TUO CORPO PIACEVOLMENTE AUMENTA TI CHIEDO DI STARE ATTENTA ALLA TUA VESCI CA (*1)... TI CHIEDO DI IMMAGINARIA PER MATERIALE CHE PREFERISCI, CON LA SUA CONSISTENZA, IL SUO COLORE E LA SUA PESANTEZZA. ... ED ADESSO CHE QUESTA PALLA HA LA SUA CONSISTENZA, TI CHIEDO DI SCIOLGERNE IL MATERIALE, DI SQUAGGIARLO (*2)... E COSÌ FACENDO TU RUSCI RAI A SCIOLIERE E SPENGERE PIACEVOLMENTE LA VESCI CA.	Potrebbe cominciare a: sentire, immaginare, provare, es: e mentre tutto il corpo ... la sua mente può immaginare... es: e mentre espira può accorgersi di come le sue spalle si abbassano e il suo rilassamento si farà sempre più.. ...e niente la può disturbare	guidare

*1, PRECEDENTEMENTE SPIEGATA CON QUADRI ANATOMICI, TOCCO IL PUBE PER MAGGIOR CHIAREZZA SULLA POSIZIONE

*2 SIA PER IL MATERIALE CHE PER LE TECNICHE DI SCIOLGIMENTO HO FATTO DEGLI ESEMPI.

ES: "SE FOSSE DI PLASTICA BASTEREBBE IL CALORE PER SQUAGGIARCA ..

RATIFICA verifico io ma soprattutto il pz che ciò che è stato suggerito si sta attuando	(TOCCO DELICATAMENTE SOPRA AL PUBE) MOLTO BENE! BRAVA! ... SEI GIA RIUSCITA AD AMMORBIDIRE LA ZONA SOPRA LA VESCICA PER RI FLESSO, BENE!	molto bene!! pizzicare, solleticare, fare rumore ecc...	consapevolezza di modifica stato
ANCORAGGIO	... E VISTO CHE SEI STATA COSI BRAVA TI VOGLIO FARE UN REGALO, TU PUOI SCIOLGERE LA VESCICA E SPENGERLA IN QUALSIASI MOMENTO TU VORRAI, TI BASTERA FARE QUESTO GESTO (*3) E LA VESCICA SI SPENGERA	pollice e indice, pugno, occhi chiusi, mano sul petto ecc	autonomia
RIORIENTARE	ADESSO CHE POSSIEDI QUESTO NUOVO STRUMENTO PUOI STARE DI NUOVO ATTENTA AL TUO PESO, AL TUO CORPO A ME CHE TI PARLO ED ALLA STANZA APRENDO GLI OCCHI...	verificare presenza qui e ora del pz	sicurezza
VERIFICA AUTOIPNOSI	... (ANCORAGGIO) E VERIFICARE CHE TI SARA SUFFICIENTE FARE QUESTO GESTO PER TORNARE IN QUESTO PIACEVOLE STATO DI ATTENZIONE CHE TI PERMETTERA DI SPENGERE LA VESCICA	farlo rientrare in trans da solo	dargli potenza

*3 GIA PRECEDENTEMENTE ADDESTRATA AL GESTO DELI ANCORAGGIO: UNA SPINTA DIETRO LA SIN FISI PUBICA DIRETTA VERSO IL BASSO

La prima seduta è stata necessaria per allenare la paziente all'attenzione ipnotica ed al monoideismo plastico, con induzione e verifica di leggerezza dell'arto superiore sinistro. Nelle seconde due sessioni ho utilizzato per due volte (prima proponendolo e poi rinforzandolo) lo scrit sovrastante.

5.1 La suggestione ipnotica

Il mio obiettivo era rilassare per un tempo congruo il muscolo detrusore, perchè durante un episodio di urgenza si attiva eccessivamente.

Il detrusore, anche se è un muscolo liscio, risente per circa uno-due minuti dell'aumento di tensione dovuto alla lunghezza delle sue fibre [24].

Da sempre il calore è utilizzato in riabilitazione per ridurre lo stato di tensione muscolare.

Nel linguaggio comune, infine, l'idea di sciogliere un muscolo è più utilizzata e comprensibile rispetto a quella di rilassarlo (un classico esempio è ginnastica in cui il trainer invita a fine a "sciogliere i muscoli" scuotendo gli arti).

Per questi motivi la suggestione di scioglimento mi è sembrata la più appropriata: conciliava la fisiologia, la terapia fisica (al calore è spesso associato ad un corpo che si scioglie) ed il linguaggio comune utilizzato per rilassare la muscolatura.

5.2 Ancoraggio

Solitamente gli ancoraggi per l'induzione ipnotica sono dei gesti delle mani o delle dita. In questo caso ho cercato di ancorare la paziente con un gesto che riportasse già direttamente l'attenzione sulla vescica: ho utilizzato la pressione sulle fasce prevescicali sovra pubiche.

Operativamente ho prima spiegato a B.R. l'esatta ubicazione della vescica, delle fasce prevescicali e del plesso pudendo, anche con l'utilizzo di illustrazioni anatomiche.

Ho insegnato a B.R. l'esatta ubicazione anatomica delle fasce sul proprio corpo e le ho insegnato a raggiungerle, con una pressione sovrappubica della mano sinistra diretta verso l'interno dell'addome e verso il basso.

Ho poi istruito B.R. ad utilizzare il suddetto gesto durante la fase di induzione ipnotica.

Ho infine invitato B.R. ad utilizzare l'ancoraggio ogni volta che volesse procrastinare la minzione. Ho suggerito che poteva riuscire a mantenere la "vescica spenta" tramite questo ancoraggio per tutto il tempo necessario, cioè fino al raggiungimento del bagno. Le ho suggerito, una volta raggiunto il bagno, di lasciare la mano per far tornare il normale stimolo minzionale.

La scelta di questi tipo di ancoraggio "atipico" è stata motivata dall'intensa rappresentazione neurologica della zona. E' infatti quella la zona in cui si inizia ad avvertire una certa sensibilità o fastidio quando la vescica si riempie. Questo ancoraggio è però ancora più strano se si considerano gli effetti di una pressione sovrappubica. In fisiologia una pressione in quella zona

aumenta la pressione nella vescica e dunque l'attività vescicale stessa. Un gesto simile, chiamato "battitura" si utilizzava fino a non molto tempo fa per stimolare la minzione in alcuni casi di soggetti ritentivi, adesso è sconsigliato per le complicanze associate. Il mio primario una volta conosciuto il tipo di ancoraggio si è giustamente chiesto come questo non facesse addirittura peggiorare la sintomatologia!

Credo che la scelta di questo ancoraggio sia giustificata proprio da queste ragioni: la paziente sentiva di lavorare con la vescica e questo ha rinforzato la credibilità e dunque l'efficacia del trattamento, indipendentemente da quello che avrebbe dovuto succedere fisicamente con uno stimolo simile.

FOLLOW UP

6.1 A fine trattamento

Il trattamento è durato 5 settimane, alla sua conclusione sono stati effettuati gli stessi test iniziali:

- **PC test:** 3/5 a destra e 3/5 a sinistra. I miglioramenti non sono stati importanti perchè la paziente già faceva gli esercizi domiciliariamente; inoltre in questa fase non è giustificato un vero e proprio aumento di forza, solo una migliore coordinazione muscolare, che è quello che verosimilmente abbiamo ottenuto.
- **Diario minzionale.** A fronte della stessa assunzione di liquidi B.R. ha ottenuto una frequenza minzionale più fisiologica: circa una minzione ogni 2,5 ore. Questo miglioramento è dovuto, oltre che dal PFT, anche dal foot stimulation che è stato in grado di modulare l'iperattività vescicale. Non sono comparsi nelle 72 ore incidenti domestici di perdite importanti, questo presumibilmente grazie all'utilizzo dell'ipnosi, in quanto erano ancora presenti prima di iniziarla.
- **ICI-Q:** 11 punti su 29. Anche se migliorato il valore risultava al di sopra del cut off. La ragione di questo è che B.R. continuava ad avere delle perdite settimanali dovute all'incontinenza urinaria da sforzo. Il grado di interferenza della vita quotidiana delle perdite si era però sensibilmente ridotto, passando da 5 a 3 punti nella scala VAS.

Registrazione colloquio a fine trattamento

La registrazione è stata eseguita dopo il terzo ed ultimo trattamento di ipnosi, nell'ultima seduta del ciclo riabilitativo.

Davide (io): Come è andata?

B.R: Bene, sono contenta di questa cosa.

D: Facciamo un riepilogo di quello che abbiamo fatto: hai fatto la ginnastica di riabilitazione perineale per circa tre settimane, e quella la devi continuare a

fare. Però il miglioramento non c'è stato nelle prime fasi e cosa abbiamo fatto? Raccontalo te per piacere.

B.R: Quello della mano qui pigiata (sopra al pube) finchè uno non arriva in bagno. Poi uno arriva in bagno e la rilascia. Però questo funziona! Per lo meno le volte che l'ho fatto questo mi ha funzionato.

D: E a che cosa serve mettere la mano lì, te lo ricordi?

B.R: Per chiudere la vescica. Poi dopo, quando si arriva in bagno, la si rilascia. La si riapre e la si vuota perchè siamo in bagno.

D: Benissimo. La mano lì, lo dico perchè è una registrazione, è messa sopra al pube...

B.R: Sì

D: ... sui legamenti prevescicali...

B.R: 'scicali

D: ... e da lì riesci, tirando, a spengere la vescica ed a arrivare in bagno tranquilla.

B.R: Tranquilla! Perfetto!

D: Sei contenta di questa cosa?

B.R: Sì, di codesto sono contentissima. Ho detto "spero che mi funzioni sempre quando ho bisogno di fare questo lavoro qui"

D: Molto bene, brava.

6.2 A tre mesi

Si intende a tre mesi dall'inizio del trattamento. Dunque a circa un mese e mezzo dal precedente follow up.

Questo follow up è stato solo telefonico, dunque dei test effettuati all'inizio ed alla fine è stato possibile effettuare solo l'ICI-Q , oltre alla registrazione della telefonata.

- **ICI-Q** : si è ulteriormente ridotta la gravità dell'incontinenza, passando a 11 punti a 9, dunque sotto la soglia di incontinenza. I motivi di questo possono essere molteplici: il rinforzo muscolare che in questa fase è completo o il foot stimulation che sta continuando a modulare la

vescica. Come sottolinea l'intervista registrata, però, anche l'ipnosi ha contribuito nell'ulteriore miglioramento dei sintomi.

Registrazione telefonata a tre mesi di follow up.

Ho fatto l'errore di chiamare all'ora di pranzo; ho il sospetto che la fretta che appare nelle risposte sia dovuta ad una pentola di pasta che sta per scuocere, od ad una torta di mirtili in forno che sta bruciando.

- saluti iniziali e somministrazione ICI-Q -

D: Ti ho chiamato per sapere un po' come stai, per sapere come vanno le cose dopo un po' di tempo.

B.R: bene bene, mi vanno bene.

D: brava!...

B.R: si si, mi vanno bene.

D: Stai continuando a fare gli esercizi?

B.R: si, si sto continuando a fare la ginnastica (non è un errore, spesso a Firenze la chiamano così), tranne che con il coso... come si chiama? ... con la sonda (utilizzata come cono vaginale). Tanto ho la macchinetta (il foot stimulation) Ma comunque tutto il resto lo fo e va bene.

D: e come va la spinta sopra al pube, riesci ad utilizzarla ancora?

B.R: funziona anche quella.

D: sta continuando a funzionare?

B.R: si si si... veramente... guarda, forse di più quella lì che il resto.

D: Quindi quella è la cosa che funziona di più? Cioè te riesci, tenendo la mano in quella posizione ed arrivare in bagno tranquilla?

B.R: Si si è perfetto.

D: Bene, sono contento che le cose continuino ad andare bene.

B.R: bene, grazie a te che mi hai chiamato.

- saluti finali

CONCLUSIONI

Durante questa tesi ho sperimentato l'utilizzo della comunicazione ipnotica nel trattamento dell'incontinenza urinaria mista.

L'ipnosi è stata affiancata al trattamento standard perchè questo è raccomandato dalle linee guida, e dunque deve essere garantito. Il fatto di avere fortuitamente concluso il trattamento classico in anticipo, mi ha permesso di non dover richiedere l'autorizzazione del comitato etico e di poter utilizzare la comunicazione ipnotica al fine di migliorare ulteriormente i sintomi, non del tutto regrediti con il trattamento classico.

Confesso che i risultati positivi di questa metodica hanno stupito anche me. Non solo l'ipnosi è stata ben tollerata e piacevolmente accettata dalla paziente, ma ha migliorato quella parte di sintomi sui quali il trattamento convenzionale non era riuscito ad influire. Ad oggi B.R. riesce ad avere una qualità di vita decisamente superiore all'inizio del trattamento anche grazie all'ipnosi.

Questo risultato positivo mi incoraggia a continuare la ricerca: su modello degli studi degli anni '80 si potrebbero vedere gli effetti dell'ipnosi durante uno studio urodinamico, dunque misurare strumentalmente quelle che sono le modificazioni della pressione vescicale dovute all'induzione; oppure allargare la coorte di pazienti e richiedere l'approvazione di un protocollo di studio da parte del comitato etico.

Futuri studi, insomma, necessitano e necessiteranno sempre, ma intanto io sono già grato di aver potuto sperimentare nella mia pratica clinica anche questa metodica, che, come dice B.R. **“funziona”!**

BIBLIOGRAFIA

1. Granone, F. (1989). *Trattato di Ipnosi*. (Utet, Ed.).
2. Godec, C. (1980). *Inhibition of hyperreflexic bladder during hypnosis: a case report*. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 170–2.
3. Freeman, R. M., & Baxby, K. (1982). *Hypnotherapy for incontinence caused by the unstable detrusor*. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 284(6332), 1831–4.
4. Dixon, J. S., & Gosling, J. a. (1983). *Histology and fine structure of the muscularis mucosae of the human urinary bladder*. *Journal of Anatomy*, 136(Pt 2), 265–71.
5. Jung, J., Ahn, H. K., & Huh, Y. (2012). *Clinical and functional anatomy of the urethral sphincter*. *International Neurourology Journal*.
6. Gilpin, C. J., Dixon, J. S., Gilpin, S. A., & Gosling, J. A. (1983). *The fine structure of autonomic neurons in the wall of the human urinary bladder*. *Journal of Anatomy*, 137
7. Griffiths, D. J. (2004). *Cerebral control of bladder function*. *Current Urology Reports*, 5(5), 348–52.
8. Staskin, D. (2013). *Initial assessment of Urinary Incontinence in adult male and female patients*. ICI BOOK, 5a.
9. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2003). *The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society*.
10. Michel, M. C., & Chapple, C. R. (2009). *Basic Mechanisms of Urgency: Preclinical and Clinical Evidence*. *European Urology*.
11. De Groat, W. C. (1997). *Neurologic basis for the overactive bladder*. In *Urology (Vol. 50, pp. 36–52)*.
12. Gulur, D. M., & Drake, M. J. (2010). *Management of overactive bladder*. *Nature Reviews. Urology*, 7(10), 572–82.

13. Testut, L. (1999). *Anatomia Umana*. (Utet, Ed.).
14. DiBenedetto, P. (2004). *Riabilitazione Uro-Ginecologica*. (E. M. Medica, Ed.) (terza).
15. Ferreira, C. H. J., Barbosa, P. B., Souza, F. de O., Antonio, F. I., Franco, M. M. K. (2011). *Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale and the Peritron manometer*. *Physiotherapy*, 97(2), 132–138.
16. Abrams, P., Avery, K., Gardener, N., & Donovan, J. (2006). *The international consultation on incontinence modular questionnaire: www.iciq.net*. *Journal of Urology*, 175(3), 1063–1066.
17. Peter, F. (2013). *Urodynamic Testing*. ICI BOOK, 6.
18. Miller, J. M., Ashton-Miller, J. A., & DeLancey, J. O. L. (1998). *A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 870–4.
19. Fowler, C. J., Griffiths, D., & de Groat, W. C. (2008). *The neural control of micturition*. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(6), 453–66.
20. Moore, K. (2013). *Adult Conservative Management*. ICI BOOK, 12, 1101–1228.
21. Cammu, H., & Van Nylén, M. (1998). *Pelvic floor exercises versus vaginal weight cones in genuine stress incontinence*. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 77(1), 89–93.
22. De Sèze, M., Raibaut, P., Gallien, P., Even-Schneider, A., Denys, P., Bonniaud, V., ... Amarenco, G. (2011). *Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation for treatment of the overactive bladder syndrome in multiple sclerosis: Results of a multicenter prospective study*. *Neurourology and Urodynamics*, 30(3), 306–311.
23. Erik, K. (2013). *Pharmacological Treatment of Urinary Incontinence*. ICI BOOK, 8, 623–728.
24. Guyton, H. (2014). *Fisiologia medica*. (E. Masson, Ed.) (dodicesima).