

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 2017

IPNOSI E TRATTAMENTO DELLA VESCICA IPERATTIVA

Candidato

Pasquero Elsa

Relatore

Dott. Rocco Iannini

Un ringraziamento al Dott. Iannini per la fiducia accordatami, al Dott. Rando per responsabile dell'ambulatorio del pavimento pelvico per la disponibilità e curiosità verso tutto ciò che è nuovo, e non da ultimo alla mia collega Benevello Raffaella per l'interesse, la passione e il sostegno che mi ha regalato.

INDICE

<i>Introduzione</i>	<i>Pag.</i>	3
<i>Cenni di anatomia del basso tratto urinario</i>	<i>pag.</i>	4-5
<i>Vescica iperattiva</i>	<i>pag.</i>	6
<i>Incontinenza urinaria e qualità della vita</i>	<i>pag.</i>	6
<i>Trattamento dell'incontinenza urinaria da urgenza</i>	<i>pag.</i>	7-8
<i>Riabilitazione del pavimento pelvico</i>	<i>pag.</i>	9-10
<i>Metodologia</i>	<i>pag.</i>	11-12
<i>Casi clinici</i>	<i>pag.</i>	13-18
<i>Conclusioni</i>	<i>pag.</i>	19
<i>Bibliografia</i>	<i>pag.</i>	20

INTRODUZIONE

Mi occupo come fisioterapista della rieducazione del pavimento pelvico dal 2001 presso l'ambulatorio specifico per il trattamento delle disfunzioni perineali dell'ospedale di Alba, ASL CN 2.

Nel nostro ambulatorio seguiamo donne con problemi di incontinenza urinaria nelle varie fasi della vita, dalle quelle più giovani che presentano problemi dopo la gravidanza e parto, alle donne nel periodo pre e post menopausale. Inoltre seguiamo anche pazienti che hanno problemi che riguardano il perineo posteriore, con stipsi ostinata e/o incontinenza ai gas e alle feci.

Le patologie trattate sono varie: incontinenza urinaria da sforzo, incontinenza da urgenza, sindromi da vescica iperattiva, alterazioni statica pelvica con presenza di prolapsi di vario grado, disfunzioni perineali pre e post partum, incontinenza gas e feci, stipsi cronica e sindromi dolorose.

La complessità delle problematiche trattate ci ha indirizzato verso un lavoro di equipe con un approccio integrato e multidisciplinare, infatti collaboriamo con altri specialisti come l'urologo, il proctologo, gastroenterologo, ginecologo e con una psicologa che si occupa dei disturbi sessuali legati alle disfunzioni perineali e delle problematiche depressive che si accompagnano all'incontinenza urinaria.

Sicuramente l'impatto sulla qualità della vita di queste problematiche è molto forte, spesso le pazienti si sentono limitate nella loro vita sociale e affettiva, a volte rassegnate e con poche speranze sulla possibilità di agire sul loro disturbo e spesso si associano anche disturbi legati all'ansia e a componenti depressive. Come fisioterapista spesso percepisco la tristezza e la rassegnazione delle pazienti che giungono alla prima visita, si sentono umiliate da una condizione che va a coinvolgere aspetti della sfera intima e personale e talvolta hanno difficoltà ad aprirsi e a parlare del loro problema.

Partendo dall'opportunità di usare la comunicazione ipnotica ho deciso di applicare questa tecnica ad alcune pazienti con incontinenza urinaria da urgenza.

CENNI di ANATOMIA del BASSO TRATTO URINARIO

Le basse vie urinarie sono costituite dalla vescica e dall'uretra. La vescica è un organo cavo, impari e mediano, situata nella parte anteriore della piccola pelvi, subito posteriormente alla sinfisi pubica.

La vescica è divisa in due parti cioè il corpo vescicale e la base vescicale, che risulta costituito dal trigono vescicale.

Essa è costituita da diversi strati: mucoso, sottomucoso, muscolare e avventizio. La parte muscolare è rappresentata dal muscolo detrusore, formato da una rete di fibre muscolari lisce che si incrociano in varie direzioni, la cui contrazione determina lo svuotamento della vescica. La mucosa vescicale è sollevata in pieghe o rughe atte a consentire la distensione della mucosa adattandola al riempimento dell'organo.

L'ultimo tratto delle vie urinarie è rappresentato dall'uretra. Essa è costituita da uno sfintere liscio interno sotto controllo del sistema simpatico e uno esterno striato sotto parziale controllo volontario.

Il ciclo minzionale è costituito da una fase di riempimento e da una di svuotamento. La fase di riempimento richiede un costante adattamento della vescica ai crescenti volumi urinari, con una bassa pressione di riempimento, e un complesso sfinterico adeguatamente integro. La fase di svuotamento è caratterizzata da una contrazione coordinata del detrusore e da una simultanea riduzione delle resistenze al flusso con rilasciamento del complesso sfinterico e del pavimento pelvico. I meccanismi che controllano queste fasi sono organizzati in circuiti in grado di mantenere una relazione reciproca tra vescica e complesso uretrale sfinterico.

Negli adulti il riempimento e svuotamento vescicale hanno un complesso controllo volontario, mediato dalla corteccia cerebrale, che necessita dell'azione del sistema nervoso simpatico, parasimpatico e somatico.

Il sistema parasimpatico è responsabile dello svuotamento vescicale, agisce sulla vescica attivando la contrazione del detrusore attraverso i nervi pelvici e il rilasciamento della muscolatura cervico uretrale.

Il sistema simpatico è responsabile della fase di riempimento, esso agisce sulla vescica inibendo il muscolo detrusore e aumentando il tono di contrazione dello sfintere liscio uretrale attraverso il nervo ipogastrico, mentre l'attivazione del nucleo di Onuf, attraverso il nervo pudendo, determina la contrazione dello sfintere striato esterno dell'uretra.

I due centri midollari sono in collegamento con il centro pontino, luogo di integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dalla vescica e di regolazione tra il sistema simpatico e parasimpatico.

A livello del ponte si colloca infatti la cosiddetta regione L che determina un incremento dell'attività dello sfintere striato esterno, importante per la continenza, mentre il centro pontino della minzione (regione M) stimola le efferenze parasimpatiche con conseguente contrazione del detrusore e rilascio del collo vescicale e nel contempo anche un'inibizione delle efferenze simpatiche e somatiche sfinteriche.

I centri sottocorticali attraverso la sostanza grigia periaqueduttale esercitano un effetto permissivo sulla minzione.

La continenza è infatti frutto di una costante inibizione della riflettività detrusoriale.

Per quanto riguarda i fattori specifici di continenza sono molteplici e tutti concorrono alla funzione di serbatoio e sono:

- integrità delle vie urinarie,*
- capacità vescicale ,*
- compliance o distensibilità della vescica , grazie alle proprietà viscoelastiche e neuromuscolari della parete in corso del riempimento vescicale la pressione endovescicale rimane bassa*
- stabilità detrusoriale: si definisce stabile un detrusore che non si contrae mai involontariamente durante la fase di riempimento bensì rimane rilasciato.*

Inoltre ai fini della continenza è da sottolineare il ruolo del supporto all'uretra dato dalle strutture di sospensione e dal muscolo elevatore dell'ano, la cui contrazione volontaria determina un'elevazione del collo vescicale.

VESCICA IPERATTIVA

Il termine vescica iperattiva indica tutte quelle situazioni cliniche in cui possono essere presenti sintomi quali :

- *urgenza minzionale improcrastinabile,*
- *aumento della frequenza diurna e notturna (pollacchiuria)*

associati o meno ad incontinenza urinaria da urgenza.

Disturbi del riflesso minzionale e/o della neurotrasmissione possono accompagnarsi o meno a disturbi miogeni, comportamentali o psicogeni .

Può essere espressione di una instabilità detrusoriale ed è in questo caso definita “motoria” in quanto conseguenza di una anormale contrattilità o iperattività del detrusore.

In altri casi invece la urge incontinenza è “sensitiva” poiché in rapporto ad un aumento della scarica afferente con sensazione di minzione improcrastinabile già a bassi volumi di riempimento in assenza di una simultanea attività contrattile detrusoriale.

Tra le cause eziopatogenetiche del disturbo ci può essere

- *una ridotta inibizione detrusoriale proveniente da parte dei centri superiori o per un deficit afferenziale periferico in cui un difetto delle afferenze sensitive ,sotto forma di riduzione della percezione dello stimolo minzionale ,si accompagna ad un ridotto ritorno di tipo inibitorio sul detrusore*
- *oppure un eccesso degli input afferenziali da uretra ,vescica e pavimento pelvico .*

INCONTINENZA URINARIA e QUALITA' della VITA

L'impatto sulla qualità della vita dei sintomi legati all'incontinenza urinaria è soggettivo e personale. Sicuramente il disturbo può portare a :

- *alterazioni delle emozioni: presenza di sensazioni di imbarazzo frustrazioni,atteggiamento depressivo, sensazione di umiliazione dovuta alla necessità di usare assorbenti;*
- *alterazione dell'immagine di sé e della propria autostima;*
- *alterazione della relazione di coppia con diminuzione dei rapporti sessuali;*
- *isolamento sociale con rinuncia alla partecipazione a situazioni che possono rendere evidente il sintomo e limitazione nella vita sociale .*

TRATTAMENTO dell'INCONTINENZA URINARIA da URGENZA

Il trattamento dei disturbi legati all' incontinenza può essere : conservativo, farmacologico e chirurgico. La terapia conservativa è proposta come terapia di prima linea nelle varie forme di incontinenza. La terapia conservativa prevede:

- *modificazioni dello stile di vita : la riduzione dell'apporto di caffeina, controllo e riduzione del peso corporea nelle pazienti obese, controllo della quantità liquidi introdotti, mantenimento regolarità intestinale, e attività fisica leggera/moderata.*
- *Bladder training : processo rieducativo su base comportamentale volto a correggere abitudini minzionali scorrette, a prolungare gli intervalli tra una minzione e l'altra, ad aumentare la capacità vescicale, a restituire fiducia alla paziente di controllare la funzione vescicale. Viene fatto compilare un diario minzionale in cui si registrano la frequenza delle minzioni e la quantità di urina espulsa. In questo modo si arriva alla rilevazione e quantificazione dei sintomi e al riconoscimento di comportamenti che possono sostenere o peggiorare i sintomi già presenti con conseguente proposta di strategie alternative (spostare la minzione ad intervalli temporali crescenti, e/o ridurre la sensazione di urgenza tramite la contrazione volontaria del pavimento pelvico per ridurre l'attività del detrusore, nel mantenere una condizione di calma ,sostituendo la corsa al cammino lento).*
- *La terapia riabilitativa o chinesiterapia prevede l'educazione ad un corretto uso della muscolatura del pavimento pelvico per controllare l'urgenza .*

Effetti chinesiterapia: aumento input afferenziali alla corteccia(effetto propriocettivo), rinforzo dei meccanismi di chiusura uretrale(effetto diretto), riduzione attività detrusoriale (effetto indiretto). Pertanto il rinforzo muscolare determina un incremento dell'attività inibitoria sulla vescica attraverso i riflessi pudendo pelvico e pudendo ipogastrico. Infatti la contrazione volontaria del muscolo elevatore dell'ano facilita l'attivazione di circuiti inibitori sull' attività detrusoriale (ruolo inibitorio del pavimento pelvico e ruolo inibitorio delle afferenze). Inoltre il rinforzo del piano muscolare garantisce quelle condizioni di supporto e sostegno dei visceri importanti per la continenza.. Il pelvic floor exercise si avvale di esercizi volti a migliorare l'entità della contrazione muscolare,la durata (endurance statica) e la ripetitività (endurance dinamica)

Inoltre la fisioterapia può avvalersi anche dell'uso del BFB ed Elettrostimolazione o FES.

L'elettrostimolazione ha un effetto inibitorio sull'iperattività vescicale a cui si unisce un effetto motorio e sensoriale sul pavimento pelvico . La stimolazione può essere endocavitaria oppure stimolazione del nervo tibiale anteriore (SANS).

Trattamento farmacologico : uso di farmaci antimuscarinici, che agiscono bloccando la contrattilità del detrusore (evidenza di grado A)

Trattamento chirurgico : nel caso di fallimento di tutte le precedenti terapie , si può prevedere l'inoculazione di tossina botulinica o la neuro modulazione sacrale, in caso di iperattività detrusoriale .

Evidenze scientifiche

Il miglioramento sintomatologico è più frequente nei pazienti trattati farmacologicamente e con bladder training. I miglioramenti sono maggiori se terapia farmacologica e BT sono associati.

RIABILITAZIONE del PAVIMENTO PELVICO

Ogni trattamento riabilitativo è preceduto da un attenta valutazione clinica e funzionale.

Valutazione preliminare indispensabile per quantificare l'entità del disturbo tramite somministrazione di questionari, ICIQ-SF, OAB screener, IQoL.

Di fondamentale importanza, prima di iniziare il trattamento, è la spiegazione anatomica e funzionale del disturbo, tramite l'uso di immagini e video del basso tratto urinario nonché la spiegazione dei meccanismi eziopatogenetici dell'urgenza incontinenza, al fine di arrivare ad una migliore comprensione del disturbo e alla definizione degli obiettivi riabilitativi per rendere le pazienti più informate e coinvolte nel processo riabilitativo.

Si propone poi la compilazione del diario minzionale, successiva analisi dello stesso, in modo da rilevare le abitudini minzionali della paziente e correggere quelle scorrette, nonché per rilevare anche l'entità e la frequenza delle fughe.

Si procede poi alla valutazione funzionale che si articola in:

- valutazione posturale sia statica che dinamica che può interferire sulla funzionalità del pavimento pelvico*
- valutazione degli organi genitali e presenza di eventuali prolapsi*
- testing perineale che rileva la forza della contrazione del pavimento pelvico attraverso il PC test (0-3)*

Dopo la valutazione si imposta un piano terapeutico personalizzato e gli obiettivi perseguibili.

Ci si può avvalere di varie tecniche riabilitative (pelvic floor exercise, biofeedback, elettrostimolazione e/o SANS) o tecniche posturali ove necessario.

Obiettivi della rieducazione sono:

- la presa di coscienza di una zona poco conosciuta e poco rappresentata a livello corticale;*
- eliminazione delle sinergie agoniste e antagoniste;*
- rinforzo muscolare sia delle fibre toniche che fasiche;*
- ripristino degli automatismi.*

Al termine del trattamento vengono somministrati nuovamente i questionari e il test PGI per valutare complessivamente l'efficacia del trattamento.

La paziente viene poi invitata a continuare a casa gli esercizi proposti e a sottoporsi a periodiche visite di controllo fisiatriche.

Studi scientifici su ipnosi e iperattività detrusoriale

In letteratura ho trovato un lavoro interessante condotto da Freemann R.M. e Baxby K. dal titolo: "Hypnotherapy for incontinence caused by the unstable detrusor". Sono state trattate 50 donne incontinenti con 12 sedute di ipnosi (rimozione del sintomo e rafforzamento dell'ego) in un mese, seguite da sessioni con audiocassetta a casa per 6 mesi. Alla fine delle sessioni 29 pazienti erano completamente libere dai sintomi, 14 migliorate e 7 senza cambiamenti.

METODOLOGIA

Obiettivi

Scopo del lavoro è indagare se l'impiego dell'ipnosi in pazienti con vescica iperattiva ha effetti sul disturbo migliorandone i sintomi come la frequenza minzionale, l'impellenza e/o incontinenza urinaria e quindi sul miglioramento della capacità di controllo e gestione della vescica e di conseguenza sulla qualità di vita.

Campione

I soggetti coinvolti nello studio sono 3 donne di età compresa tra i 41 – 51 anni con diagnosi di vescica iperattiva, due delle quali avevano già effettuato un ciclo di trattamento riabilitativo, che si sono ripresentate spontaneamente ai controlli e nelle quali il disturbo è ancora presente, nonostante il miglioramento registrato soprattutto inizialmente; e una paziente che giunge al servizio per la prima volta.

STRUMENTI

- *Colloquio clinico per la definizione degli obiettivi comuni perseguibili, per ricercare una alleanza terapeutica e instaurare una relazione di fiducia. Spiegazione e descrizione dell'apparato urinario e dei meccanismi eziopatogenetici dell'urgenza, con supporto di immagini e video. Individuazione ove possibile, dei canali sensoriali (visivo, uditivo e cinestesico) al fine di entrare meglio in sintonia con la paziente e usare i canali comunicativi più adeguati alla suggestione. Somministrazione dei questionari e diario minzionale.*
- *Sedute di ipnosi: volte a ricercare un maggiore rilassamento della vescica e capacità di controllo dell'urgenza, si è cercato di impostare un programma di lavoro più mirato possibile alle caratteristiche individuali delle pazienti, inserendo suggestioni o immagini più specifiche.*
- *Verifica risultati con somministrazione dei questionari.*

Sono stati utilizzati i seguenti questionari ICQ-SF, IQoL, OAB screener, diario minzionale e PGI-I compilato al termine del trattamento.

Si decide di rimandare ad un momento successivo la rieducazione del pavimento pelvico ed elettrostimolazione proprio per non interferire con il risultato del trattamento con ipnosi.

PROTOCOLLO IPNOSI

Pur cercando di seguire un percorso più individuale possibile si è cercato anche nel contempo di mantenere alcuni elementi costanti dell'ipnosi e delle suggestioni fornite, garantendo così una certa uniformità del trattamento.

Sono state eseguite 3 sedute di ipnosi ad ogni paziente.

Nella prima seduta si è lavorato sulla capacità di rilassamento della vescica, visualizzandola come un ampolla morbida le cui pareti interne sono rivestite di un tessuto o maglia di lana e l'urina che vi giunge come gocce di ammorbidente. L'azione del liquido ammorbidente agisce sulle pareti rendendole morbide e distendibili e ciò consente alla vescica di riempirsi senza resistenza.

Nella seconda seduta si è lavorato anche sulla capacità del controllo dell'urgenza, sulla capacità di controllo del sintomo. Dopo aver fatto percepire la sensazione di pienezza e riempimento della vescica è stata fornita l'immagine di una manopola con cui è possibile regolare l'intensità della percezione; è stato chiesto di abbassare la manopola e di ridurre la percezione di pienezza.

Nella terza seduta ho rinforzato le immagini e suggestioni proposte nelle sedute precedenti e si sono introdotti elementi più personali che si sono evidenziati lungo il percorso, come ad esempio l'uso di metafore come l'alleggerimento dal giogo o del peso di una valigia, oppure lo spostamento lungo la linea del tempo visualizzando un momento in cui la paziente può raggiungere il bagno senza fretta, controllando e rilassando la vescica, o la possibilità di esercitare un controllo della contrazione muscolare durante la seduta.

In ogni seduta si è dato l'ancoraggio con la successiva verifica per valutazione la capacità di autoipnosi e si è chiesto alle pazienti di ripeterlo a casa più volte e di usarlo nei momenti di necessità.

CASI CLINICI

Caso uno: Maria Rosa, 47 aa sposata, 1 figlio ,operaia. Recente insorgenza incontinenza da urgenza (da circa 2 mesi). In pre menopausa. Giunge al servizio per la prima volta su indicazione dello specialista urologo. Non ha mai assunto farmaci per questo problema.

Assunzione di acqua : meno di in litro di acqua al giorno.

Frequenza diurna: circa 10 volte al giorno, con intervalli di circa 1 ora e mezza.

No nicturia.

Frequenza fughe : una fuga al giorno di media quando non riesce a raggiungere in tempo il bagno. Cambia in media 1-2 assorbenti al giorno.

Importante interferenza dell'urgenza su molti aspetti della vita personale e lavorativa, che la costringe a cercare sempre un bagno quando esce di casa o va a fare la spesa , si sente meno libera di muoversi e con conseguente paura di bagnarsi. Si sente come "soggiogata" da questo problema.

1 seduta: obiettivo capacità di rilassamento

Posizione supina, utilizzo eye roll come modalità di induzione. Richiesta ascolto ritmo respiro, suggestione pesantezza del braccio con ratifica dell'avvenuto cambiamento.

Successivo spostamento attenzione a livello vescica con mano portata sulla pancia e vescica descritta come un ampolla ricoperta di tessuto di lana e urina che vi giunge come ammorbidente che agisce sulle pareti rendendole sempre più morbide ed elastiche. Ratifica della suggestione della vescica rilassata e distesa mentre si riempie. Risalto sulla consapevolezza della capacità di rilassare la vescica.

E' stato dato ancoraggio pollice indice seguito dal riorientamento. Verifica della procedura di ancoraggio.

Al termine della seduta la paziente riferisce sensazione di benessere e di rilassamento muscolare e di essere riuscita a percepire la vescica distesa e rilassata.

2 seduta: obiettivo Controllo e gestione dell'urgenza

Rispetto alle seduta precedente è stata introdotta anche la suggestione di agire sulla sensazione del grado di riempimento con l'immagine di una manopola che poteva essere abbassata riducendo la sensazione di pienezza e quindi dell'urgenza. Ratifica della suggestione.

3 seduta: obiettivo capacità di controllo vescica e maggior controllo sulla sua vita

La paziente riferisce già dalla seduta precedente miglioramento del sintomo dell'urgenza con miglior capacità di gestione della vescica con l'ancoraggio.

Rispetto alle sedute precedenti è stato fatto un approfondimento del rilassamento con discesa di una scala con 5 scalini. E' stato introdotta inoltre una metafora che la paziente stessa aveva fornito durante il primo colloquio, quella di sentirsi soggiogata dai problemi della sua vescica, e si è fornita l'immagine di alleggerimento del giogo e quindi di leggerezza, di maggior libertà di movimento e di maggior controllo sulla sua vescica e di conseguenza maggior controllo della sua vita.

Alla fine della seduta la paziente riferisce di aver percepito l'immagine di leggerezza e la sensazione di libertà dal giogo, riuscendo toglierlo e ad appenderlo ad un chiodo.

La paziente riferisce netto miglioramento già al termine delle sedute con riduzione dei fenomeni di urgenza/impellenza, scomparsa delle fughe e maggior sensazione di controllo della vescica.

Risultati dei test

	<u>Prima</u>	<u>Dopo</u>
OAB screener	34	13
ICIQ-SF	2 - 6 - 8	0.5 - 2 - 2
IQol*	60	95

**più il punteggio globale è basso tanto maggiore è l'impatto sulla qualità della vita*

	<u>Prima</u>	<u>Dopo</u>
<i>Diario minzionale</i>		
Freq diurna	10 - 11	8/9
Interv minz	1h-1h ½	2h
Fughe	2-4 sett.	0
PGI-I	molto migliorata	

Ho rivisto la paziente a distanza di un mese per iniziare il trattamento riabilitativo continua a riferire netto miglioramento del disturbo. Durante il mese non ha più avuto fughe di urina, tranne due episodi di urgenza/impellenza senza fuga di urina.

Caso due: Rosalba, 41 anni, sposata 1 figlio, fisioterapista. Dall'età di 25 anni urge sensory, senza incontinenza. Dopo il parto peggioramento dell'urgenza con comparsa di incontinenza urinaria, con fughe frequenti più volte al giorno. Ha tratto giovamento dalla terapia farmacologica, dalla terapia riabilitativa e dall'elettrostimolazione. Torna al nostro ambulatorio per controllo. Ha sospeso il farmaco da circa 6 mesi.

Assunzione di acqua : 1 e 1/2 l di acqua al giorno.

Frequenza minzionale: 9-10 volte al giorno. No nicturia

Frequenza fughe : 2-3 volte alla settimana(le fughe sono più frequenti quando è più stressata o agitata)

Dall'esame uro dinamico si rileva un detrusore stabile ma una ridotta compliance della vescica. L'urgenza minzionale compare a 200 cc. di riempimento. Importante impatto sulla qualità della vita che costringe la paziente a organizzare molto i tempi di lavoro, in modo da avere pause sufficienti per andare in bagno. Definisce il problema come un " bagaglio che ha un suo peso".

1 seduta: Riduzione dell'ansia e rilassamento vescica

Posizione supina. Induzione con test eye roll . Suggestione di pesantezza del braccio e successiva ratifica. Costruzione del luogo sicuro in cui la paziente si è sentita bene, rilassata e protetta.

Successivamente si è portata attenzione sulla vescica, descritta come fatta di tessuto di lana e urina come gocce di ammorbidente. Successiva ratifica sollevando il dito indice. Risalto sulla capacità di controllare la vescica mantenendola rilassata mentre si riempie. Ancoraggio e riorientamento. E' stato ripetuto l'ancoraggio per verificare la capacità di autoipnosi.

Al termine seduta la paziente riferisce l'esperienza piacevole di rilassamento del corpo e aver percepito la vescica completamente rilassata.

2 seduta: controllo vescica e gestione urgenza

Rispetto alla seduta precedente è stato fatto approfondimento con scala a 5 scalini. Proposta di controllo della sensazione di riempimento con manopola che può regolare abbassando l'intensità della sensazione di urgenza. Ratifica suggestione e risalto sulla capacità di controllo vescica. Per la paziente è molto importante sapere di riuscire a esercitare un controllo della vescica e dei suoi muscoli.

Al termine seduta la paziente mi ha riferito la difficoltà o meglio la paura a rilassare il pavimento pelvico quando la vescica si rilassa e comunque a coordinare la muscolatura in caso di sensazione di urgenza minzionale. La paziente definisce se stessa come una persona "maniaca

del controllo” poiché tende sempre a controllare molto ogni cosa che fa in ogni ambito della sua vita.

3 seduta:

Rispetto alla seduta precedente si è posto risalto sulla sua capacità di gestire e attivare la contrazione perineale durante la seduta sia quando si è visualizzata la vescica completamente rilassata sia quando percepiva la vescica piena, restituendo alla paziente l'immagine di un controllo attivo sulla muscolatura in qualsiasi momento. La paziente ha bisogno di sentire e percepire chiaramente questo controllo sul suo corpo. Inoltre si è restituita la metafora, che mi aveva fornito nel primo colloquio del suo problema vissuto come una “valigia che ha un suo peso” e si è proposta l'immagine di una valigia alleggerita dal peso e quindi più facile da trasportare.

Risultati dei test

	<u>Prima</u>	<u>Dopo</u>
OAB screener	24	22
ICIQ-SF	2 - 2 - 7	2 - 2 - 4
IQol*	63	74

*più il punteggio globale è basso tanto maggiore è l'impatto sulla qualità della vita

Diario minzionale

	<u>Prima</u>	<u>Dopo</u>
Freq diurna	8 - 9	7/ 9
Interv minz	1h ½ - 2h	1h ½ - 2h
Fughe	2-3 sett.	2-3 sett.
PGI-I	lievemente migliorata	

Caso tre: Antonella, 51 anni, sposata 2 figli., impiegata. Da 5-6 anni comparsa di incontinenza urinaria mista, con maggiore componente da urgenza. In passato ha già effettuato un ciclo di trattamento presso il nostro servizio. Incostante nell'esecuzione degli esercizi, ha comunque beneficiato dalla terapia, con miglioramento della frequenza delle fughe. In attesa di eseguire esame urodinamico per valutare se la stabilità del detrusore e compliance vescicale.

Assunzione di acqua : 1,5 l. acqua al giorno

Frequenza minzionale: 8 volte No nicturia

Frequenza delle fughe: 2-4 volte al giorno (ha in media 1 fuga abbondante al dì e 2-3 più piccole al giorno). Usa in media 2 assorbenti al dì.

Se svuota regolarmente la vescica riesce a gestire abbastanza bene il problema ma spesso le capita di non riuscire ad arrivare in tempo al bagno, anche senza avvertire impellenza.

Nell'ultimo periodo riferisce progressivo peggioramento dell'urgenza incontinenza. Giunge al nostro servizio perché preoccupata dal pensiero di peggiorare nel tempo.

1 seduta: Rilassamento della vescica

Supina, Induzione fissando un punto e sincronizzando respiro con il movimento degli occhi. Approfondimento con scala con 5 scalini. Suggestione di pesantezza del braccio e successiva ratifica., sfida .

Successiva suggestione di vescica fatta di tessuto lana e urina come ammorbidente. Ratifica della suggestione fornita.

Risalto sulla consapevolezza di riuscire a controllare e rilassare la vescica.

Ancoraggio e de induzione . Ripetizione dell'ancoraggio per verificare la sua capacità di autoipnosi.

Al termine seduta la paziente riferisce di aver percepito molto bene tutte le suggestioni date e un senso di rilassamento e benessere che da molto tempo non riusciva a sentire.

2 seduta: controllo e gestione sensazione urgenza

Rispetto alla precedente seduta ,oltre all'immagine della vescica ricoperta di tessuto di lana è stata fornita immagine della vescica piena e del controllo della sensazione di riempimento con manopola che può ridurre l'intensità della percezione..

3 seduta:

Rispetto alla seduta precedente ,oltre a rinforzare le suggestioni proposte, si è deciso di immaginare di procedere sulla linea del tempo, visualizzando un momento in cui controllando e rilassando la sua vescica poteva dirigersi verso il

bagno senza fretta con passo calmo e tranquillo. Questo per restituire fiducia alla paziente sulle sue capacità di controllo della vescica.

Al termine della seduta la paziente riferisce di aver sentito molto bene la vescica e distesa mentre si riempie, di aver percepito il controllo riducendo la sensazione di pienezza e quindi di urgenza.

Risultati dei test

	<u>Prima</u>	<u>Dopo</u>
OAB screener	17	10
ICIQ-SF	4 - 2 - 4	2 - 2 - 0
IQol*	80	92

**più il punteggio globale è basso tanto maggiore è l'impatto sulla qualità della vita*

	<u>Prima</u>	<u>Dopo</u>
<i>Diario minzionale</i>		
Freq diurna	7 - 8	6/8
Interv minz	2h	2h
Fughe	2-4 gg	2-3 sett.
PGI-I	<i>lievemente migliorata</i>	

Ho rivisto la paziente prima di iniziare la fisioterapia. La paziente riferisce di riuscire a gestire e controllare meglio la vescica nelle situazioni difficili come quella di raggiungere in tempo il bagno e di usare gli ancoraggi proposti con minore fughe di urina.

CONCLUSIONI

Anche nella consapevolezza che il mio studio, visto l'esiguo numero di casi seguiti, non può avere la pretesa di trarre conclusioni dettagliate o di statistica mi sembra comunque importante per rilevare come l'ipnosi possa essere uno strumento importante che può essere usato anche nel trattamento della vescica iperattiva. Tutte le tre pazienti hanno rilevato un cambiamento, nel senso di miglioramento della percezione della capacità di controllo della vescica, sentendosi più tranquille a gestire il problema fuori casa, con meno ansia e preoccupazione. Infatti si è potuto registrare in tutte un miglioramento dei punteggi nel test sulla qualità della vita.

In una paziente il miglioramento è stato più significativo, con miglioramento importante sulla frequenza delle fughe (remissione dai sintomi), vista anche l'insorgenza recente del disturbo, da qualche mese soltanto; mentre nelle altre il problema è presente e radicato ormai da parecchi anni.

Nella paziente il cui esame uro dinamico evidenziava una bassa compliance vescicale (che aveva in passato già effettuato terapia con farmaci antimuscarinici con discreto beneficio) non sono stati registrati cambiamenti nella frequenza minzionale nè sul numero delle fughe di urina, ma la paziente comunque percepisce maggiori possibilità a volte di rimandare nel tempo la minzione e si sente comunque più tranquilla nel gestire meglio alcuni situazioni.

Personalmente ritengo l'ipnosi uno strumento in più in mano al fisioterapista che può decidere di usarlo anche insieme ad altri strumenti per il trattamento della vescica iperattiva.

I risultati, a mio avviso comunque incoraggianti dello studio , sicuramente hanno fatto nascere in me la voglia di continuare a proseguire su questa strada, continuandolo ad applicare alle mie pazienti con incontinenza da urgenza per poter trarre con l'esperienza maggiori elementi e ulteriori spunti di riflessione e analisi .

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- *Paolo Di Benedetto “Riabilitazione Uroginecologica” ED. Minerva Medica 2004*
- *Arianna Bortolami “ La Riabilitazione del pavimento pelvico” Masson Edizioni 2009*
- *Bernasconi, Mistrangelo, Natale “ La vescica iperattiva dalla diagnosi alla terapia”
Uroginecologia International Journal Vol 25 – n.1*
- *Atti convegno “Prevenzione e riabilitazione dell’incontinenza urinaria. Un approccio multidisciplinare” Alba 20 e 21 giugno 2008.*
- *RM Freeman, K Baxby “ Hypnotherapy for incontinence caused by the unstable detrusor”*

ALLEGATI

- 1- *OAB Screener*
- 2- *ICIQ-SF*
- 3- *Diario Minzionale*
- 4- *IQol*
- 5- *PGI-I*