

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

**IL PARTO E LA PAURA DEL DOLORE:
L'UTILIZZO DELL'IPNOSI NELLA GRAVIDANZA, DALLA
RICERCA ALLA PRATICA CLINICA**

Candidato

Dott.ssa Viviana Biagini

Relatore

Prof. Enrico Facco

INDICE

INTRODUZIONE	p. 2
PARTE I	
CAPITOLO I - IL DOLORE E IL PARTO	p. 4
CAPITOLO II - STUDI INTERNAZIONALI: STATO DELL'ARTE E INDICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA	p. 9
1. Paura del parto e del travaglio: dati sulla prevalenza	p. 9
2. I fenomeni che più frequentemente si associano alla paura del parto e i possibili fattori scatenanti	p. 11
3. Gli effetti della paura sul travaglio	p. 14
4. Quali interventi possono aiutare a ridurre la paura del parto	p. 16
5. Effetti e benefici dell'utilizzo dell'ipnosi in gravidanza	p. 17
6. Metodiche e protocolli utilizzati nella preparazione al parto con l'ipnosi	p. 20
7. Considerazioni conclusive	p. 23
8. Breve postilla: anche gli uomini hanno paura del parto	p. 25
PARTE II	
CAPITOLO III - VERSO LA PRATICA CLINICA	p. 26
CAPITOLO IV - DESCRIZIONE DI CASO CLINICO	p. 29
CONCLUSIONI	p. 34
BIBLIOGRAFIA	p. 36

INTRODUZIONE

Come psicoterapeuta interazionista, sono portata a guardare la persona principalmente come un costruttore attivo di significati.

Secondo i principi del modello interazionista infatti, le persone pensano e agiscono sulla base dei significati che gli eventi hanno per loro, i quali sono costruiti e comprensibili solo all'interno del contesto culturale e delle interazioni sociali che li rendono disponibili e vengono assimilati e manipolati dalla persona attraverso un processo di interpretazione.

Lo psicologo quindi si trova di fronte a “realtà di second'ordine”, ovvero realtà costruite nella relazione interpersonale, attraverso un'attribuzione di senso e significato (Salvini, 2004).

In estrema sintesi, l'intervento dello psicologo interazionista si può muovere su più livelli: quello della narrazione, poiché il modo in cui la persona racconta la realtà ne modifica la percezione; quello dell'azione, poiché modificare l'esperienza permette di accedere a nuove percezioni e quindi a nuove costruzioni di significati e di realtà possibili; quello delle relazioni, che contribuiscono a creare e mantenere o a modificare tali significati e costruzioni di realtà.

Inoltre, si guarda alla persona non nell'ottica dualista cartesiana di una mente arbitrariamente separata dal corpo, ma in un'ottica olistica in cui non c'è distinzione tra queste due parti, se non nei racconti che ne facciamo. L'intervento può quindi essere condotto a partire tanto dai vissuti esperienziali quanto dai mondi di significato della persona, a seconda di quale sia la via d'accesso più adeguata, sempre tenendo presente l'assunto secondo cui qualunque cosa venga immaginata può essere vissuta come reale nei suoi effetti.

Per questo ritengo che la metodica dell'ipnosi si integri perfettamente nel contesto operativo dello psicoterapeuta interazionista. Pensiamo ad esempio al concetto di monoideismo plastico, per cui l'immagine su cui è focalizzata l'attenzione diventa così potente da avere effetti psichici e fisici reali.

La scelta dell'argomento di questo elaborato, che guarda all'(indissolubile) legame tra parto e dolore, si integra con i principi fin qui condivisi.

Come si vedrà infatti, nel considerare l'esperienza del dolore dobbiamo considerare sia il campo fisico/sensoriale, sia quello del significato che vi si attribuisce, sia quello del contesto relazionale e culturale.

Il parto è indubbiamente un evento che ben esemplifica il sovrapporsi di tutti questi livelli e induce la necessità di interfacciarsi con uno sguardo complessivo alla donna e alla sua esperienza fisica, di significato e culturale. Quella del parto è infatti una questione complessa, perché riguarda tanto il parto in sé quanto le dimensioni relazionali e intrapsichiche della donna, la sua vita, le sue relazioni, le possibili incertezze e paure per ciò che la aspetta, riguarda la madre e riguarda il figlio. Non da ultimo riguarda il vissuto immaginario che la donna ha del dolore da parto, che attinge da un immaginario negativo collettivo. Un dolore che peraltro è un dolore fisiologico, non patologico, ma che è molto viscerale, molto profondo e ha grandissime implicazioni emotive.

In questo scritto si incontrerà quindi una prima parte dedicata all'esplorazione delle dimensioni del parto e del dolore, mostrando come nella relazione fra le due si integrino fattori individuali, sociali, culturali, esperienziali e di significato.

Successivamente saranno discussi i risultati di una serie di studi internazionali recenti sul rapporto fra paura, dolore e parto, e quindi sull'utilizzo dell'ipnosi nella gestione di questi fenomeni.

Dalla sintesi dei risultati emersi verranno raccolte differenti implicazioni sul ruolo dell'ipnosi nell'accompagnamento alla maternità come presa in cura della persona nella sua interezza, poi alcune indicazioni per la pratica clinica, che si differenzia da quella sperimentale.

Infine la descrizione di un caso clinico, vissuto coerentemente al mio ruolo professionale e ai presupposti sull'uso dell'ipnosi fin qui esplicitati, nell'ottica della presa in carico della persona attraverso l'esperienza tutta del diventare madre, delle sue anticipazioni, delle esperienze precedenti, delle ansie e paure e del post-partum, solo a partire dalla gestione del dolore nel travaglio.

PARTE I

- CAPITOLO I -

IL DOLORE E IL PARTO

Alla donna disse:

*«Io moltiplicherò grandemente
le tue pene e i dolori della tua gravidanza;
con dolore partorirai figli [...]»*

GENESI 3,16

Può apparire un tantino pretenzioso aprire con una tale citazione, ma trovo non si possa rendere meglio l'idea di quanto l'immagine condivisa che l'umanità ha del parto sia saldamente legata all'idea del dolore più intenso e ineluttabile, tanto da essere per la donna atto di punizione divina. Per parlare del legame fra dolore e parto tuttavia, appare opportuno dedicare una prima parte del discorso alla descrizione dei fenomeni su cui stiamo rivolgendo il nostro interesse.

Innanzitutto, possiamo partire da una definizione. Nel Vocabolario della lingua italiana (Devoto-Oli, 2013), il dolore viene così definito:

«1. Sensazione penosa, diffusa o localizzata, susseguente alla stimolazione di particolari ricettori sensitivi da parte di agenti di varia natura e intensità. In medicina: terapia del dolore, quella che per mezzo di farmaci, per lo più analgesici o anestetici, o dell'interruzione selettiva delle vie della sensibilità, tende a eliminare le sensazioni dolorose, spec. se croniche.

2. Stato o motivo di sofferenza spirituale, spec. se provocata da una realtà ineluttabile che colpisce o condiziona duramente il corso della vita; avversità, sventura; anche, rammarico, dispiacere. Secondo alcuni atteggiamenti filosofici

(pessimismo, esistenzialismo), la forza cieca e misteriosa che domina il cosmo e l'esistenza umana e s'identifica col male e con la sofferenza. Pentimento, contrizione. Atto di dolore, l'orazione che si recita nel sacramento della penitenza dopo la confessione dei peccati.

3. Circostanza, cosa o persona apportatrice di sofferenza».

In generale possiamo pensare che il dolore sia qualcosa di comune a tutti noi, di universale; proprio per questo si può essere portati a credere che esso sia semplice da poter definire, comunicare e comprendere. Già da una prima occhiata alla definizione citata però, possiamo chiaramente vedere come comprenda aspetti di varia natura: biologici, fisici, di significato, di interpretazione personale, di sofferenza, medici, spirituali, filosofici...

Nella medicina occidentale, positivista e riduzionista, il significato del dolore è stato spesso trascurato e identificato come sintomo, visto da medico e paziente come un impedimento, un fastidio da eliminare o ignorare; talvolta lo è ancora, poiché c'è la tendenza a focalizzarsi sulla diagnosi e la guarigione, sull'identificazione della malattia e sull'intervento farmacologico o chirurgico, piuttosto che sul prendersi cura della persona nella sua complessità.

Così la IASP (International Association for the Study of Pain) ha definito il dolore (1986)¹:

«Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno.

E' un esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito.»

Le parole contenute in questa definizione portano la nostra attenzione su alcuni punti molto importanti:

- il dolore innanzitutto viene identificato come esperienza individuale e soggettiva. Questo ci fa capire quindi che quando si ha a che fare col dolore è necessario anche lavorare sull'esperienza della persona, non solo sulla modificazione farmacologica delle vie del dolore, poiché il dolore non è solo attivazione delle vie nocicettive;

¹ Fonte:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia

- il danno a cui si associa il dolore può essere in atto o solo potenziale. Questo significa che già la paura di sentire male implica dolore. La paura infatti abbassa la soglia del dolore e ci fa percepire come dolorosi anche stimoli di per sé innocui o che non sarebbero dolorosi, come una pressione o una vibrazione. Perciò può essere percepito e quindi esistere anche in assenza di lesioni organiche.

Ancora, Le Breton (2007) ci dice che *“non c’è dolore senza sofferenza, cioè senza un significato a livello affettivo”*, che *“ogni dolore implica un danno morale”*, che il dolore si differenzia dal puro dato sensoriale perché *“va a incidere sull’identità dell’uomo e talvolta la frantuma”* e che *“il dolore non è un fatto fisiologico, ma un fatto legato all’esistenza”*.

Come possiamo vedere quindi, il dolore non può essere visto solo come un affare biologico e organico. Il dolore rimanda alla soggettività, alla sofferenza, al disagio vissuto dalla persona che gli dà significato. È materia filosofica, religiosa e antropologica. Riguarda la persona nella sua totalità e nelle sue interazioni, in una prospettiva fenomenologica ed esistenziale. Riguarda la personalità di chi lo prova, il suo l’umore, la sua cultura, il genere a cui appartiene. Anche il linguaggio a disposizione cambia il modo in cui il dolore può essere narrato e quindi il suo significato. Per questo, se non si entra nella narrazione e nella percezione della persona, se non la si comprende, non si può comprendere il significato del suo dolore.

Se abbiamo visto che il dolore non ha solo una componente sensoriale, ma anche affettiva e valutativa rispetto al disagio che provoca, allora possiamo pensare alla possibilità di intervenire su questa parte; modificando il vissuto legato al dolore infatti ne modifichiamo l’esperienza, perché se il dolore diventerà uno stimolo quasi neutro, non porterà turbamento alla persona.

Così come per il dolore, anche per parlare del parto è utile darne una descrizione.

In modo molto sommario e sintetico, possiamo suddividere il periodo del travaglio in fasi successive (Landolt AS, 2011):

- una prima fase, detta prodromica (Early labor). Si tratta di una fase di preparazione, in cui le contrazioni sono poco frequenti e di lieve intensità. In media la durata può essere di un paio d’ore, ma ci sono casi in cui questa fase si prolunga molto, portando la gestante a essere provata e affaticata;
- una seconda fase, corrispondente alla prima parte del periodo dilatante (Active labor). È più corta della precedente, ma le contrazioni sono più intense, più frequenti e dolorose. Corrisponde solitamente al momento in cui viene richiesta l’analgesia;

- una terza fase, corrispondente alla seconda parte del periodo dilatante (Transition). È la fase più veloce, in cui si raggiunge rapidamente la dilatazione completa. È anche la fase più difficile, in quanto vi sono contrazioni che possono durare fino a un minuto e mezzo.
- un'ultima fase, detta espulsiva, in cui tramite le spinte attive la donna porta a conclusione il parto.

I fenomeni che fisiologicamente provocano dolore nel travaglio sono principalmente la contrazione dell'utero, la dilatazione della cervice e la distensione del pavimento pelvico. Spesso il dolore è proporzionale all'incremento della frequenza delle contrazioni e può essere influenzato dalla posizione assunta dalla donna.

Oggi si tende a dire che il dolore da parto serva solo nel periodo espulsivo, mentre il dolore che accompagna il travaglio non avrebbe una propria utilità e quindi si potrebbe fare a meno delle ore di sofferenza che comporta. Riflettendo più approfonditamente tuttavia, potremmo dire che oggi possiamo considerare inutile il dolore del travaglio perché, nelle aree industrializzate, le gestanti si trovano generalmente assistite in ospedale, monitorate tramite un meccanismo sociale e terapeutico atto a far sì che vada tutto bene. Il nostro corpo però, è ancora fatto in modo da espletare le funzioni biologiche così come facevano i corpi degli uomini primitivi (in questo forse più "consapevole" di noi rispetto al fatto che non tutto il mondo è modernamente ospedalizzato).

Qual è quindi il significato, quale l'utilità del dolore da travaglio? Sappiamo che il dolore di per sé ha una funzione protettiva, utile ad avvertirci di ciò che potrebbe passare inosservato. Detto in sintesi, possiamo pensare che se la donna che si avvicina al momento del parto sente male, allora smetterà di muoversi, si fermerà e si lamenterà. In questo modo si otterranno due effetti, che possono garantire il successo del parto: l'ambiente sociale attorno alla donna se ne prenderà cura e lei eviterà di mettersi in situazioni pericolose, come invece potrebbe fare se fosse ignara del fatto che sta per partorire. Queste d'altronde sembrerebbero essere le condizioni che biologicamente permettono il miglior espletamento del parto.

Mi sembra doveroso in conclusione anche includere un riferimento diretto a ciò che le donne descrivono come dolore del parto, che è vissuto con grande variabilità ma è spesso raccontato come uno dei più grandi mai sperimentati.

Il riferimento è tratto da uno degli articoli che verranno esaminati nei prossimi capitoli (Madden et al., 2016):

“Nonostante quasi tutte le donne riportino di aver provato dolore durante il parto, le loro percezioni sensoriali ed emotive possono variare molto. Per esempio, alcune donne descrivono la sensazione del travaglio come simile a uno sforzo muscolare estremo da attività fisica, alcune come un dolore utile che segnala che la nascita del loro bambino si avvicina, alcune lo paragonano ad un dolore mestruale molto intenso e altre lo descrivono come un’agonia o una tortura. Sono anche stati riportati occasionalmente casi in cui le donne non hanno provato dolore nel travaglio e hanno partorito in modo inaspettato”.

Detto questo, il dolore del travaglio è appunto un dolore e in quanto tale può essere vissuto diversamente intervenendo sulla parte della sofferenza, che dipende anche dal significato e dall’immagine che la donna ne ha. Parafrasando Epitteto: l’uomo non teme le cose ma quello che pensa che le cose siano.² Se la donna ha un’immagine angosciante di ciò che la aspetta con il parto, con ogni probabilità vivrà un dolore insopportabile. Ma se si pone con un atteggiamento di accettazione e non di paura, il dolore sarà percepito in modo diverso.

Da queste riflessioni si traggono quindi delle importanti indicazioni. Prima di tutto, la gestione del dolore nel parto non può essere solo gestione del dolore, ma deve essere presa in carico e comprensione di tutta la persona. In secondo luogo, se il dolore riguarda l’attivazione delle vie nocicettive, possiamo intervenire su queste, ma se il dolore è esperienza, allora dobbiamo modificare il significato che la persona gli attribuisce. Tutto ciò è materia trattabile tramite l’ipnosi, come si vedrà nei prossimi capitoli.

² Frase originale: “Ciò che turba gli uomini non sono le cose, ma le opinioni che essi hanno delle cose”

PARTE I

- CAPITOLO II -

STUDI INTERNAZIONALI: STATO DELL'ARTE E INDICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

In questo capitolo presenterò i risultati emersi da una serie di recenti studi internazionali e meta-analisi sul rapporto fra paura e dolore e sulla loro influenza sul parto, oltre che i risultati relativi all'utilizzo dell'ipnosi nella gestione di questi fenomeni.

Si vedrà quindi qual è la prevalenza della paura del parto nella popolazione femminile, quali sono i fenomeni che più frequentemente si associano alla paura del parto e i possibili fattori scatenanti, e quali sono gli effetti. Dopodiché si vedranno quali sono gli interventi che possono aiutare a ridurre la paura del parto e quali sono i possibili effetti e benefici dell'utilizzo dell'ipnosi in gravidanza, nonché quali metodiche e protocolli sono stati presentati in letteratura per la preparazione al parto con l'ipnosi. Infine una riflessione conclusiva rispetto ai dati emersi e alle implicazioni per la pratica clinica.

1. Paura del parto e del travaglio: dati sulla prevalenza

In un articolo del 2003, Saisto et al. hanno presentato i risultati di alcune ricerche sulla paura del parto svolte prevalentemente in nord Europa.

Tra le criticità rilevate dagli autori, viene riportata la difficoltà a comparare studi, dati clinici ed esperienze riguardo la paura del parto, poiché non vi erano una definizione e metodi di rilevazione condivisi. Hanno ritenuto comunque di poter considerare la paura del parto come rientrante nei generali disturbi d'ansia o fobici, e anche come evento riconoscibile a livello individuale nel momento in cui una donna esprima paura e ansia durante la gravidanza e chiedi aiuto.

Le percentuali emerse, in confronto ad altri studi successivi su donne in gravidanza con paure legate al parto, sono piuttosto alte: il 47% delle nullipare hanno riferito di temere che avrebbero provato un dolore intollerabile. Maggiormente in accordo con le ricerche successive il dato che indica che la paura grave del parto risulta essere una complicazione per il 6-10% delle partorienti.

Un certo grado di paura del dolore comunque può essere considerato naturale: nel 72% delle donne gravide finlandesi era presente una qualche forma di paura del dolore, e l'88% aveva pensato di chiedere una qualche tipo di analgesico durante il travaglio. Tale paura è risultata comune tanto nelle donne al primo figlio quanto nelle pluripare.

Nel 2012, Adams et al. hanno condotto uno studio sull'associazione tra paura e prolungamento del travaglio, dal momento che questa non era stata rilevata in letteratura con strumenti validi. Hanno condotto uno studio su 2206 donne in gravidanza rilevando la paura del parto con la Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ): i dati emersi suggerivano che fosse presente nel 5-20% delle gravide.

O'Connel et al. (2017) hanno pubblicato una meta-analisi che era volta principalmente a determinare la prevalenza globale della tocofobia³ nelle donne in gravidanza. Gli autori hanno utilizzato 29 studi provenienti da 18 differenti nazioni, prendendo così in considerazione un totale di 853.988 donne gravide.

La definizione di tocofobia era così variabile fra i differenti studi, quanto gli strumenti e i cut-off utilizzati per rilevarla, che la prevalenza risultava spaziare dal 3,7% al 43%. Anche da questi autori viene suggerito di considerare già in sé definizione di paura del parto il momento in cui una donna in gravidanza esprime tale disagio e chiede sostegno.

Nelle conclusioni, pur mettendo in guardia sulla cautela necessaria nell'interpretare i risultati, gli autori hanno stimato una prevalenza della tocofobia del 14%, in aumento dagli anni 2000 in avanti. Sottolineano poi anche l'esistenza di una differenza significativa nella prevalenza fra le diverse nazioni, indicando ad esempio che è dell'8% in Europa e del 23% in Australia. Gli autori sostengono comunque l'importanza di ricordare che è normale per una donna in gravidanza avere preoccupazioni, da loro intese come pensieri ricorrenti ma non specifici, che però si distinguono dalla paura, da loro intesa come forte, specifica e continuativa. Concludono con la considerazione della mancanza di una definizione condivisa in letteratura riguardo la tocofobia, e

³ La tocofobia viene definita dagli autori come una grave e irrazionale paura della gravidanza e del parto, che può avere effetti a breve e lungo termine sia sulla madre che sul bambino. In generale si tende a distinguere tra tocofobia primaria, che riguarda le donne alla prima gravidanza, e secondaria, che colpisce le donne con una precedente esperienza di parto.

sottolineano quanto sia necessario meglio comprendere questa paura per fornire alle donne il supporto ottimale per condurre un parto in maniera positiva.

In sintesi quindi, dagli studi riportati emerge che in media la paura clinica del parto è presente in una percentuale di donne variabile fra circa il 6% e il 20% e nel 6-10% dei casi risulta essere una paura grave o severa. Guardando ad una scala che vada dalla paura grave alla paura considerata “normale”, il range di prevalenza spazia dal 3,7% al 72%, e risulta in aumento a partire dagli anni 2000.

Questa grande variabilità dei risultati fra i diversi studi è in funzione soprattutto della definizione di paura del parto e dei diversi strumenti utilizzati nel rilevarla, nonché di differenti valori di cut-off per considerarne significativa la misura.

È da sottolineare che quando si dice che c'è una grave paura del parto nel 10% dei casi, non significa che il restante 90% delle donne non ne abbia paura, ma che quel 10% ha un livello di paura, rilevato con determinati strumenti e cut-off, che è significativo clinicamente e che può cambiare il decorso del travaglio e del parto. Vi è inoltre una grande variabilità fra le rilevazioni fatte in diverse nazioni e continenti, elemento che possiamo considerare a sostegno del ruolo dei fattori culturali nell'influenzare la percezione, la manifestazione e il significato del dolore.

2. I fenomeni che più frequentemente si associano alla paura del parto e i possibili fattori scatenanti

Saisto et al. (2003), nella loro approfondita ricerca sull'argomento, hanno rilevato che la paura del parto risulta non essere un fenomeno isolato, ma si accompagna a fattori specifici che loro hanno distinto fra:

a) fattori biologici (in riferimento alla paura del dolore), b) psicologici (in correlazione a caratteristiche di personalità, eventi precedenti traumatici o paura della genitorialità), c) sociali (mancanza di supporto, incertezza economica) o d) secondari (derivanti da precedenti esperienze di parto).

a) La paura del dolore sembra essere il fattore più rilevante: in particolare, la paura del dolore o il sospetto di avere una bassa soglia di tolleranza sono identificate dagli autori come le maggiori cause di paura del parto. Così come riportato nell'articolo, la paura del dolore del travaglio è associata alla paura del dolore in generale, e una delle ragioni più comuni per la richiesta di parto cesareo.

b, c) Rispetto ai fattori psicologici e sociali, gli autori hanno rilevato una forte associazione tra paura del parto e caratteristiche come ansia generalizzata, depressione, bassa autostima e insoddisfazione verso la relazione di coppia, oltre che con fattori socio-economici come la mancanza di supporto sociale o familiare e la disoccupazione.

d) Rispetto alle esperienze precedenti, gli autori riportano che le donne che hanno partorito con taglio cesareo a causa della paura del parto, nel 50% dei casi avevano avuto esperienze precedenti di parto negative, terminate con un cesareo d'urgenza, complicazioni intervenute durante il parto o inadeguato trattamento del dolore.

Riguardo invece la specifica paura di essere incapace di partorire, in un campione selezionato di 100 donne la ragione più comunemente riportata era la mancanza di fiducia nel personale ostetrico, e la seconda era la convinzione di esserne incapace in senso fisico o psicologico, ad esempio per paura di non comportarsi adeguatamente durante il parto e arrecare così danno al nascituro. Nella maggior parte dei casi poi, la paura sembrava essere correlata al poco tempo a disposizione per adattarsi all'idea del parto, in gravidanze non pianificate. Insieme a ciò, era presente la paura di perdere il controllo o il contatto con la realtà, oltre che esperienze emotive di impotenza e sfiducia.

Storksén et al. (2012) hanno svolto una ricerca con lo specifico obiettivo di valutare l'associazione fra ansia e depressione e paura del parto. Secondo gli autori, le cause della paura del parto non erano state ancora del tutto chiarite, ma ritenevano plausibile, anche sulla base di numerosi piccoli studi che hanno preceduto il loro, che donne con più alti livelli di ansia abbiano più facilmente paura rispetto alle altre. Altri studi inoltre suggerivano che la depressione fosse un altro fattore correlato alla paura del parto. Tuttavia, gli autori hanno ritenuto difficile comparare i diversi studi, in quanto sono stati utilizzati strumenti per la rilevazione delle variabili diversi fra loro.

La ricerca si è svolta in Norvegia nel settore dell'assistenza sanitaria pubblica, su un campione di 1642 donne reclutate tra il 2008 e il 2010. Sono stati utilizzati il Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ) e una scala numerica per misurare la paura del parto, la Symptom Check List (SCL-25) per rilevare sintomi d'ansia e la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) per i sintomi di depressione. Gli autori sottolineano che queste scale servono a rilevare la presenza di sintomi di ansia e depressione, ma non sono strumenti di diagnosi, per la quale rimane imprescindibile il colloquio clinico. Nello studio sono stati presi come riferimento dei cut-off più alti di quelli raccomandati, per aumentarne la specificità.

È risultato che l'8% delle donne aveva paura del parto (W-DEQ \geq 85 e risposte alla scala numerica \geq 9 su un massimo possibile di 10), l'8.8% mostrava sintomi di ansia (SCL-

anxiety \geq 18) e l'8.9% sintomi di depressione (EPDS \geq 12). La presenza di ansia e depressione aumentava la prevalenza della paura del parto (rispettivamente 12% e 32%), raggiungendo la prevalenza più alta in caso di presenza contemporanea di sintomi sia di ansia che di depressione (38%). Tuttavia, nel 56,2% delle donne che avevano paura del parto, non sono stati rilevati sintomi di ansia o depressione.

Nelle conclusioni gli autori ci dicono che per migliorare l'approccio clinico alle donne che hanno paura del parto è necessaria una migliore comprensione di tale paura. I loro risultati suggeriscono che ci sia una relazione tra la presenza di ansia e depressione, in particolare se associate, e una maggiore paura del parto. Anche qui, fra gli altri fattori associati alla paura del parto è stato menzionato il vissuto di esperienze ostetriche precedenti negative.

Infine, anche dall'indagine di O'Connel et al. (2017) emerge la presenza di fattori personali e contestuali associati alla paura del parto, come caratteristiche ansiose, gravidanze precedenti traumatiche, scarso supporto sociale e insoddisfazione verso la relazione di coppia, credenze personali e religiose, normativa locale.

Concludendo, dagli studi emerge che la paura è comune tanto nelle donne al primo figlio quanto nelle pluripare. Dato interessante, che forse può essere spiegato da un lato con l'influenza delle aspettative rispetto a un'esperienza ancora personalmente sconosciuta e ignota, e dall'altro con il peso dell'esperienza precedente, che non in tutti i casi può essere stata positiva. Infatti, in diversi studi è stato menzionato il vissuto di esperienze ostetriche precedenti negative come uno fra i fattori associati alla paura del parto.

Questo può farci riflettere come professionisti della salute, ancor più quando psicoterapeuti, sull'importanza di indagare, accogliere, dare significato e ristrutturare i vissuti precedenti negativi, che hanno un'inevitabile influenza sulle aspettative future della persona.

Un altro dato su cui concordano i vari autori è la correlazione fra paura del parto e fattori personali come ansia, depressione, bassa autostima e basso senso di autoefficacia, specie se compresenti. È d'altronde facilmente immaginabile che chi mostra modalità interpretative della realtà prevalentemente di tipo ansioso o depressivo sia più incline ad avere paura del dolore del travaglio e del parto. Queste modalità di funzionamento possono poi legarsi a timori anche più intimi e costituzionali della persona, come la paura di non farcela, di non essere in grado di sostenere quella che potrebbe essere considerata una prova troppo grande per chi ha una bassa considerazione delle proprie capacità e della propria natura. Spesso inoltre, è presente anche la paura di perdere il controllo di sé e della situazione durante il travaglio.

Di fatto, la maggior parte delle donne che hanno paura del travaglio di parto non hanno problemi di ansia, ma se una donna è ansiosa, questo aumenta il rischio. Tra le donne ansiose infatti l'incidenza della paura da parto è maggiore e raggiunge il massimo in quelle che hanno anche sintomi di depressione; ansia e depressione stanno diventando endemiche, e questo è probabilmente uno dei motivi per cui la percentuale di paura del parto sta salendo negli ultimi anni.

I dati suggeriscono anche l'esistenza di una relazione tra la paura del parto e fattori extra personali, come la presenza di difficoltà relazionali nella coppia o nella famiglia, la mancanza di supporto sociale, la cultura e la religione di appartenenza, che portano a vivere ed esprimere il dolore in modo molto differente (punizione, espiazione, rito di passaggio, prova...).

Oltre a tutti i fattori citati, la paura del parto risulta essere fortemente associata alla paura del dolore in generale, che anzi sembra esserne la motivazione principale. La paura di provare dolore ha infatti un importante effetto sulla percezione del dolore stesso in quanto, aumentando la vigilanza e la reattività verso tutti gli stimoli, questi verranno valutati come potenzialmente dolorosi e percepiti come più intensi.

3. Gli effetti della paura sul travaglio

Saisto et al. (2003) spiegano che la paura del parto si può manifestare con incubi, malesseri fisici e difficoltà a concentrarsi al lavoro e nelle attività familiari. Riportano che molto spesso inoltre, la paura porta la gestante a richiedere un parto cesareo programmato. Dai dati in loro possesso emerge che il manifestarsi di paura grave e le richieste delle gestanti costituiscono una delle ragioni più comuni per la richiesta di parto cesareo: fino nel 36% dei casi tra Finlandia, Svezia e Regno Unito, anche su donne alla seconda gravidanza. Riportano poi che approssimativamente il 20% delle gravidanze, nei paesi sviluppati, sono complicate da paura clinica del parto.

La paura inoltre può interferire con le funzioni cognitive e aumenta la reattività psicofisiologica, portando alcune persone a essere iper-vigili e quindi a reagire in modo più forte ai possibili segnali di dolore, che vengono percepiti anche come più pericolosi. Può influenzare poi il modo in cui le persone reagiscono alle informazioni e il modo in cui valutano il dolore provato e le conseguenze. A sostegno di ciò, gli autori riportano anche i risultati riferiti al dolore indotto dal test di immersione della mano in acqua fredda, descritto come più intenso e sopportato meno a lungo dalle donne con paura del parto rispetto a quelle che non ne avevano paura.

Storksens et al. (2012) aggiungono che il numero di parti con taglio cesareo pianificati per la paura del travaglio è aumentato negli ultimi anni in modo marcato nel mondo occidentale, nonostante sia associato a un aumentato rischio di complicazioni nella madre e implichi un aumento delle risorse ospedaliere necessarie.

Focalizzata su un aspetto più specifico, la ricerca di Adam et al. (2012) sulla relazione tra paura del parto e durata del travaglio. Gli autori dello studio sono partiti dalla considerazione del fatto che, in gran parte, le cause della grande variabilità nella durata del travaglio di parto non sono state comprese, anche se è stata riscontrata un'associazione tra una maggiore durata del travaglio e le dimensioni del feto, la primiparità e l'uso dell'epidurale. Hanno ritenuto quindi fosse importante poterne meglio comprendere le cause, dal momento che un prolungato travaglio risulta associato a ipossia fetale e maggiore probabilità di ricorrere a parto strumentale o a parto cesareo.

A questo proposito, gli autori hanno rivolto la loro attenzione alla paura del parto, che emerge in associazione ad altri numerosi fattori personali e contestuali. Sottolineano come ansia e paura possano aumentare la concentrazione delle catecolamine, che sono state associate a un indebolimento delle contrazioni uterine e al prolungamento del travaglio. Per questo motivo ritengono plausibile che la paura del parto possa essere coinvolta nella maggiore durata del travaglio, dal momento che, inoltre, può rendere anche più complicata la comunicazione tra la partoriente e lo staff medico.

Dai risultati dello studio è emerso che la durata media del travaglio per le donne al primo parto è stata di circa otto ore e mezza, e di quasi cinque ore per le pluripare. Per quanto riguarda l'associazione con la paura del parto, la durata media del travaglio è stata superiore di un'ora e mezza nelle donne che avevano paura del parto rispetto alle donne che non ne avevano.

Per le donne che ne avevano paura, la durata del travaglio è risultata maggiore sia nelle nullipare che nelle pluripare. Inoltre, la paura del parto si è rivelata associata a un maggiore ricorso a procedure ostetrico-ginecologiche, come induzione del parto, epidurale o cesarei d'urgenza.

Come primo dato comune fra i diversi studi quindi, emerge che la paura del travaglio è associata a un aumentato numero di parti con taglio cesareo, sia programmati che in urgenza, per richiesta della paziente o per decisione del medico, il quale potrebbe valutarlo come soluzione per evitare complicazioni legate alla paura della paziente. Vi è quindi un aumento dei parti cesarei che non dipendono da necessità del feto o della madre nell'espletamento del parto, quanto piuttosto da fattori psicologici e psicosomatici, nonostante il parto cesareo porti con sé il rischio intrinseco di

complicazioni peri-operatore, oltre che comportare un costo maggiore in termini di risorse, non portando peraltro vantaggi quando non sia fatto per necessità.

La paura del travaglio poi è risultata associata a un maggior ricorso a procedure strumentali per l'espletamento del parto, a un maggior uso di analgesici e anestesia epidurale, oltre che a maggiore durata delle fasi del travaglio. Quest'ultimo fatto potrebbe essere spiegato anche con la correlazione fra paura e aumento delle catecolamine, antagoniste dell'ossitocina. La durata del travaglio è risultata essere maggiore anche di un'ora e mezza rispetto a donne che non avevano paura, con tutti i rischi che questo può comportare per la madre e il bambino. Da non dimenticare, la paura del travaglio può complicare la comunicazione tra la partoriente e lo staff medico che la assiste.

4. Quali interventi possono aiutare a ridurre la paura del parto

Fra gli autori citati finora, in particolare Saisto et al. (2003) si focalizzano anche sul possibile trattamento della paura del parto, definendolo come un intervento il cui scopo è quello di aiutare le donne a controllare l'ansia legata alla gravidanza e al parto, in modo da poterne accettare anche le inevitabili incertezze. Riportano che gli studi in tal senso sono scarsi e poco confrontabili, e non trovano consenso su quali tipi di trattamento dovrebbero essere effettuati e da parte di chi.

Indicano comunque i training di rilassamento e i metodi di gestione del dolore come pratiche utili per diminuire lo stato ansioso, portando anche a una maggiore soddisfazione verso l'esperienza del parto. Vengono citati anche gli effetti positivi della psicoterapia, nelle forme sia di gruppo che individuali, con un particolare focus sulle terapie di stampo cognitivo, che permettono di confrontarsi con problemi specifici in tempi relativamente brevi.

Negli studi citati dagli autori, i risultati dei trattamenti per la paura del parto si traducono prevalentemente in un migliore adattamento durante la gravidanza, in una diminuzione dello stress percepito e nella rinuncia al parto cesareo. Nello studio condotto dagli autori stessi, è stato dimostrato che fino al 62% delle donne hanno cambiato idea rispetto alla richiesta di parto cesareo, dopo un intervento focalizzato ad un supporto psicosomatico che le abbia fatte sentire accolte nel parlare delle loro ansie e paure relative alla gravidanza. In più, anche a distanza di anni queste donne riportavano di aver vissuto un parto più facile di quanto si aspettassero.

Oltre a gli interventi valutati da Saisto et al. (2003), in seguito è stata valutata anche l'ipnosi, che come sappiamo è ritenuta già un valido strumento proprio in relazione agli elementi citati in

quanto può contribuire al rilassamento e permette la gestione dell'ansia e del dolore, acuto e cronico (Sado et al., 2012; Madden et al., 2016).

5. Effetti e benefici dell'utilizzo dell'ipnosi in gravidanza

Diversi sono gli autori che hanno voluto studiare gli effetti e gli eventuali benefici dell'utilizzo dell'ipnosi in gravidanza, focalizzandosi in alcuni casi specificamente sulla riduzione del dolore da travaglio e da parto, ma volgendo in altri casi lo sguardo anche alla gravidanza nel suo complesso e al periodo post-partum.

Landolt et al. (2011) hanno analizzato i risultati dell'utilizzo dell'ipnosi per la riduzione del dolore rispetto ad altri tipi di intervento e a gruppi di controllo.

Nella review sono stati raccolti studi che confrontassero rispettivamente gli affetti di: a) ipnosi/auto-ipnosi vs. cure mediche routinarie; b) ipnosi/auto-ipnosi vs. consulenza e supporto psicologico; c) ipnosi/auto-ipnosi vs. metodo Lamaze;⁴ d) ipnosi/auto-ipnosi vs. corsi di accompagnamento alla nascita.⁵

I risultati raccolti hanno mostrato che l'ipnosi e l'autoipnosi sono significativamente più efficaci nella riduzione del dolore del travaglio e del parto rispetto ad altri interventi e possono portare ad altri benefici correlati, come un migliore indice di Apgar nel neonato, il minore uso di analgesia farmacologica, di epidurale⁶ e di ossitocina, una riduzione della durata del travaglio e indice di

⁴ Il metodo Lamaze è descritto dagli autori come una speciale forma di preparazione che enfatizza i metodi di parto naturale come alternativa all'uso dell'intervento medico. Comprende ristrutturazioni cognitive della percezione del parto nelle donne focalizzandosi sulla costruzione di un senso di fiducia e educando le future madri rispetto l'anatomia e il processo del parto. Spesso include la presenza di un coach e vengono insegnate tecniche di respirazione ed esercizi di rilassamento.

⁵ Gli autori descrivono i corsi di accompagnamento alla nascita come percorsi che forniscono alla donna informazioni riguardo il travaglio, il parto e strategie per far fronte allo stress emotivo e al dolore. Spesso vengono insegnate tecniche di respirazione e rilassamento e vengono esemplificate le varie posizioni che la donna può assumere durante il travaglio per aumentare il benessere durante la prima fase. Aggiungono che solitamente le donne che partecipano a questi corsi hanno buoni benefici durante il travaglio in confronto a chi non ha partecipato.

⁶ Gli autori sottolineano che l'anestesia locale e l'epidurale hanno il vantaggio di mantenere la donna sveglia, bloccando specifiche vie del dolore. Anche se utili a controllare dolore, ci sono però prove che allunghino in maniera significativa la fase espulsiva del travaglio, forse anche perché compromettono la capacità della donna di spingere a piena forza. Altri tipi di farmaci come i narcotici invece, rischiano di compromettere la capacità respiratoria del neonato.

Apgar⁷ nei neonati significativamente migliore, minori complicazioni perinatali o interventi chirurgici, oltre che minore ansia e paura e maggiore senso di rilassamento, autoefficacia e fiducia rispetto alla capacità di sopportare il dolore del travaglio.

Madden et al (2016) hanno incluso studi comprendenti come trattamento ipnosi, cure mediche standard, training di rilassamento o sostegno psicologico, trattamenti farmacologici o di diverso altro tipo e hanno valutato gli effetti dell'ipnosi in base a numerosi variabili, quali: intensità del dolore misurata, intensità del dolore riferita, dolore grave durante il parto, senso di auto-controllo nel travaglio, soddisfazione rispetto all'esperienza del parto, ricorso al taglio cesareo, indice di Apgar, uso di epidurale, induzione del travaglio, somministrazione di ossitocina, durata del travaglio, sintomi depressivi postnatali, durata del ricovero ospedaliero. Hanno quindi confrontato diversi sottogruppi, quali: primipare vs. pluripare, trimestre in cui è partita la preparazione, numero di sedute di ipnosi (inferiori o superiori a 4), metodo (con operatore uno ad uno, in gruppo, mediante audio CD, preparazione precedente il parto o con operatore presente al travaglio).

Gli autori definiscono i risultati di bassa qualità in quanto non forniscono abbastanza evidenze e dipendono da una grande eterogeneità rispetto agli strumenti di valutazione e misura e ai metodi di intervento. Ad ogni modo, rispetto ai risultati rilevati l'ipnosi sembra aver portato le gestanti a un minor uso di farmaci per il dolore o di anestesia (anche se sembra non valere nello specifico per l'epidurale). Non sono chiari gli effetti sul senso di auto-efficacia delle donne riguardo la gestione del travaglio e la soddisfazione personale rispetto al sollievo dal dolore, ma sono state rilevate evidenze riguardo la riduzione dell'intensità del dolore rilevata, una maggiore soddisfazione riguardo l'esperienza del parto e l'ottenimento di benefici rispetto ai sintomi depressivi post-partum, oltre che una riduzione dei tempi di ricovero dopo il parto. In ultimo, non sono emerse complicazioni o effetti nocivi derivanti dall'uso dell'ipnosi (eccetto per un caso di slatentizzazione di psicosi).

Sado et al. (2012) partono dall'osservazione che, nel primo trimestre successivo al parto, esiste un'enorme incidenza di disagi quali sbalzi d'umore, pianto, irritabilità, depressione post-partum e che molti interventi psicologici o psicosociali⁸ sembrano efficaci nel trattare questo disturbo, anche se non hanno mostrato un chiaro beneficio nel prevenirlo; sottolineano poi che anche

⁷ Si riferisce a un punteggio numerico da 0 a 10 usato per valutare lo stato di salute del neonato appena venuto alla luce, sulla base di criteri come il colore della pelle, la frequenza cardiaca, la risposta alla stimolazione, il tono muscolare, la respirazione.

⁸ Tra questi citano la psicoterapia cognitivo-comportamentale, il counseling, il supporto di gruppo, i corsi sia in preparazione che dopo il parto, le visite a domicilio dei professionisti, un immediato follow-up e la continuità delle cure.

l'ipnosi, pur essendo spesso usata per la riduzione della percezione del dolore nel travaglio e per la preparazione al parto, portando a benefici quali una migliore capacità di gestire il dolore, minore durata del travaglio, minore incidenza di complicazioni e riduzione del periodo di ospedalizzazione, non è stata valutata rispetto alla possibile efficacia nella prevenzione dei disturbi dell'umore e della depressione dopo il parto.

Il loro obiettivo è stato quindi quello di confrontare l'effetto dell'ipnosi nella prevenzione della depressione post-partum in confronto agli usuali trattamenti pre- peri- e post-natali.

In breve, la conclusione degli autori è che non ci sono evidenze derivanti da studi controllati randomizzati utili a stimare l'efficacia dell'ipnosi durante la gravidanza, il parto e periodo post-natale per la prevenzione della depressione post-partum. C'è però da tenere in considerazione anche il fatto che gli autori hanno utilizzato criteri di esclusione degli studi molto rigidi, tali da permettere l'inclusione di un solo studio, più altri due in corso. Riferiscono comunque la presenza di studi precedenti, i quali indicano che l'ipnosi può effettivamente aiutare a ridurre i sintomi depressivi.

Concludono quindi con una riflessione sui campi di applicazione dell'ipnosi, citando studi a supporto della sua efficacia nel trattamento di vari disagi quali obesità, uso di sostanze, dolore cronico, sintomi correlati alla depressione come insonnia, bassa autostima, ansia, e suggerendo quindi che proprio questi risultati indichino in linea teorica che l'ipnosi potrebbe essere di aiuto nella prevenzione della depressione post-partum, anche in virtù delle possibili modulazioni dei meccanismi biologici e neurologici. Nonostante diversi studi suggeriscano la validità di questa ipotesi, gli autori auspicano che la ricerca vada in direzione di studi clinici controllati randomizzati, al momento assenti, per portarne evidenza.

Riassumendo, le meta-analisi che hanno valutato l'efficacia dell'ipnosi nella gestione del travaglio e del parto hanno portato a risultati definiti non conclusivi.

È importante tenere presente che, in questi casi, l'emergere di risultati incerti dipende generalmente dal fatto che vi è una grande eterogeneità fra gli studi presi in esame, che sono non omogenei in quanto ci sono differenze nei metodi di valutazione e di intervento utilizzati. Fattori questi che possono abbassare il livello di evidenza, senza che questo cambi niente rispetto all'adeguatezza della tecnica. È quindi una questione di tempo, di studi disponibili e di attendibilità dei metodi utilizzati nei singoli studi e dei criteri usati per l'inclusione degli studi nelle meta-analisi. Il concetto importante è che, quando non ci sono "evidenze", questo non significa che non ci siano effetti; ci troviamo in una zona, in un momento, in cui ancora non abbiamo sufficienti dati disponibili per poter affermare definitivamente quanto emerso.

Gli esiti del ricorso all'ipnosi sono stati confrontati con l'assenza di trattamento e con i risultati di altri interventi, quali le cure mediche standard, la consulenza e il sostegno psicologico, i corsi pre-parto, i training di rilassamento e gestione del dolore, e sono emersi comunque dei risultati promettenti, su cui concordano differenti studi:

- una chiara tendenza a diminuire il bisogno e l'utilizzo di analgesici;
- un miglior indice di Apgar;
- minore sofferenza fetale;
- minore ricorso alla somministrazione di ossitocina;
- durata del travaglio inferiore;
- minori complicazioni perinatali o interventi chirurgici d'urgenza;
- minore percezione di ansia e paura rispetto al parto;
- maggiore senso di rilassamento;
- maggiore percezione di autoefficacia;
- maggiore fiducia rispetto alla capacità di sopportare il dolore del travaglio;
- minore percezione di dolore;
- maggiore autonomia nella gestione del travaglio;
- più breve periodo di ospedalizzazione;
- riduzione dei sintomi depressivi, anche post-partum;
- maggiore soddisfazione riguardo l'esperienza del parto.

Non emergono invece risultati chiari rispetto alla diminuzione del ricorso all'epidurale o rispetto al ruolo nella prevenzione della depressione post-partum, anche se sembrano andare in questa direzione.

In ultimo, non sono emerse complicazioni o effetti nocivi derivanti dall'uso dell'ipnosi.

6. Metodiche e protocolli utilizzati nella preparazione al parto con l'ipnosi

Non tutte le analisi in letteratura sugli effetti dell'ipnosi in gravidanza hanno avuto cura di specificare quali fossero i protocolli o metodiche specifiche utilizzate. Sado et al. (2012) ad esempio, hanno solo fatto riferimento a una definizione generica di ipnosi, descrivendola come *“un aumentato stato di concentrazione focalizzata e ricettività ai suggerimenti di un'altra persona. Questa persona porta avanti lo stato ipnotico focalizzando l'attenzione su una routine monotona”*.

Landolt et al. (2011) osservano che l'etichetta "ipnosi" è un termine generico che può includere molti differenti tecniche e suggestioni, e si rammaricano del fatto che nessuno studio abbia fatto riferimento ad un manuale standardizzato. Riferendosi agli studi presi in esame, gli autori comunque descrivono l'ipnosi come un intervento che è stato dimostrato essere efficace nella riduzione di una varietà di forme di dolore, definito come una procedura durante la quale un operatore suggerisce al paziente un'esperienza di cambiamento nella percezione, nel pensiero o nel comportamento, e che coinvolge tipicamente due persone (ipnotista e soggetto ipnotizzato), considerando che anche nell'auto-ipnosi il soggetto impersonerà entrambi i ruoli. La procedura di ipnosi viene descritta come composta da una fase di induzione, utile a far percepire al soggetto di essere in uno stato di rilassamento e benessere che sta portando all'ipnosi, e una di suggestione, in cui si invita la persona a sperimentare un'immagine mentale come se fosse reale, durante l'ipnosi o in un momento successivo (comando post-ipnotico).

Nei differenti studi raccolti dagli autori, vi era una grande variabilità nel tipo di percorso che veniva proposto relativamente alla preparazione all'ipnosi e auto-ipnosi. Potevano variare ad esempio da sedute singole fino a cicli di sei incontri, con sedute che variavano per durata dai 30 ai 90 minuti.

In alcuni casi, una prima fase di preparazione su donne alla 35esima settimana prevedeva che venissero informate rispetto al funzionamento dell'ipnosi, ai relativi falsi miti e al come utilizzarla in autonomia nella forma dell'auto-ipnosi, durante il travaglio in aggiunta agli analgesici. Le suggestioni poi riguardavano in vario modo immagini piacevoli e stati di rilassamento, dissociazione dal dolore, analgesia, distorsioni temporali e significazione positiva della percezione delle contrazioni. In altri studi si cercava una focalizzazione sul respiro o chiusura degli occhi, seguita da suggestioni di anestesia a guanto che veniva trasferita all'addome. Non era chiaro però se alle donne venisse mostrato esplicitamente come usare l'auto-ipnosi per rivivere le suggestioni che erano state date loro durante la preparazione.

In altri casi i mariti erano coinvolti nelle sessioni di preparazione, dove nel primo incontro le partecipanti imparavano tecniche di rilassamento e ricevevano suggestioni normalizzanti rispetto alla gravidanza e al parto, di riduzione della consapevolezza del dolore, di soddisfazione e piacere e sull'abilità dei mariti di dare sollievo dal dolore ponendo la mano sul loro addome. Negli incontri successivi veniva insegnato alle madri come raggiungere l'auto-ipnosi e come ricevere l'induzione da parte dei mariti.

In altri casi ancora si parlava di ipnosi indotta direttamente in sala parto.

Madden et al (2016) descrivono l'ipnosi come una tecnica che può essere proposta per affrontare il dolore del travaglio; uno stato di coscienza simile al sogno a occhi aperti che implica la

focalizzazione dell'attenzione riducendo la consapevolezza di altri stimoli, e che incrementa la ricettività alle suggestioni, che possono essere comunicazioni verbali o non verbali volte a influenzare le percezioni (come il modo in cui possono essere esperite le contrazioni), l'umore o il comportamento.

Suggeriscono che durante il parto l'ipnosi possa essere utilizzata in diversi modi: come un mezzo per rilassarsi, per incrementare la percezione di sicurezza e benessere, o per promuovere la dissociazione dal dolore o modificarne la percezione, per esempio dando alle contrazioni il significato di conquista della via per avvicinarsi al dare alla luce il bambino piuttosto che di un'esperienza di dolore e sofferenza, che solitamente si associa alle ferite.

Nei diversi studi presi in esame c'era molta variabilità nelle modalità con cui veniva proposta la preparazione al parto mediante ipnosi: poteva essere condotta dall'operatore presente durante il travaglio o insegnata come addestramento all'auto-ipnosi, individualmente o in gruppo, a volte supportata da registrazioni audio per l'utilizzo a casa.

Chiudendo, fra gli studi riportati è emersa quindi, come ci si poteva aspettare, una grande diversità rispetto ai protocolli utilizzati per la preparazione al parto in ipnosi e auto-ipnosi.

Le sedute avevano una durata che poteva andare dai trenta ai novanta minuti, con sessioni variabili dalla seduta singola al ciclo di incontri. L'ipnosi inoltre poteva essere condotta direttamente dall'operatore presente durante il travaglio o insegnata alle donne come strumento per l'auto-ipnosi, i mariti potevano essere coinvolti o no. La preparazione poteva essere svolta individualmente o in gruppo, a volte supportata da registrazioni audio per l'utilizzo a casa.

L'induzione, generalmente fatta mediante focalizzazione sul respiro o chiusura degli occhi, poteva essere descritta come un mezzo per rilassarsi e per incrementare la percezione di sicurezza e benessere. Per quanto riguarda le suggestioni, queste potevano riguardare in vario modo immagini piacevoli e stati di rilassamento, di dissociazione dal dolore, di analgesia, di distorsione temporale, di anestesia a guanto che veniva trasferita all'addome. Potevano anche essere utilizzate per dare un significato diverso e positivo alle contrazioni, che diventano una spinta che permette di avvicinarsi al momento della nascita del bambino, piuttosto che di dolore e sofferenza per la distensione muscolare e le lacerazioni.

7. Considerazioni conclusive

- Gli studi presentati parlano di risultati promettenti, ma non conclusivi, relativamente all'uso dell'ipnosi per la gestione del dolore da parto. Non sono considerati provanti gli studi non randomizzati, in quanto ad esempio le donne potevano scegliere in che gruppo di trattamento rientrare (ipnosi o no).

Se questo ha senso a livello di evidenza e statistica, possiamo comunque azzardare una riflessione sull'appropriatezza di tale osservazione rispetto al contesto clinico, dal momento che la buona riuscita dell'ipnosi dipende, oltre che dalla capacità del soggetto, dalla relazione instaurata con l'operatore, dalla fiducia e soprattutto dalla libera scelta di aderire a quanto viene proposto dall'operatore.

- Alcuni autori si rammaricano della mancanza di un protocollo standardizzato a cui gli operatori coinvolti nei vari studi avrebbero dovuto riferirsi nel praticare l'ipnosi, in modo da ottenere risultati confrontabili. Se come discente devo dire di aver sentito anche io la mancanza di un simile algoritmo, come clinica penso inevitabilmente all'impossibilità dell'applicazione di una tecnica standard, a prescindere dalla situazione, dalle caratteristiche peculiari e dalle necessità della persona che ho davanti.
- Il campo di ricerca sugli effetti dell'ipnosi nel parto è ancora in attesa di fornire risultati solidi, ma esistono numerosi studi a supporto dell'efficacia nel trattamento di vari problemi, come il dolore cronico e acuto (ustionati, procedure medico diagnostiche...) e nel trattamento di sintomi correlati alla depressione, come insonnia, bassa autostima, ansia. Proprio questi risultati possono indicare in linea teorica che l'ipnosi potrebbe essere di aiuto, oltre che nella gestione del dolore, anche nella prevenzione e trattamento della depressione post-partum (anche in virtù degli effetti di modulazione dei meccanismi neuro-endocrini).
- Riguardo l'uso dell'ipnosi nella gestione del dolore da parto, nella maggior parte degli studi è stata presa in considerazione in relazione agli aspetti emotivi del dolore, come paura, ansia, tensione muscolare, senso di controllo. Si è fatto anche riferimento alla possibilità di usarla come anestetico, per procedure chirurgiche o cesareo, in quella modesta percentuale di soggetti in grado di sviluppare una totale analgesia. Possiamo tuttavia condividere che, in assenza di eccezionali ragioni mediche, questa scelta non sarebbe giustificabile.
- Perché è così importante valutare le potenzialità dell'ipnosi nel parto rispetto agli altri metodi già in uso? Possiamo dire che esistono diversi metodi di gestione del dolore, ma non tutti potrebbero essere sempre disponibili, o utilizzabili. Inoltre alcuni, come gli oppioidi,

possono avere effetti negativi sul feto o essere fonte di possibili complicazioni. L'ipnosi poi ha il vantaggio di poter essere usata dalla donna in autonomia.

- Ci sono anche altri benefici secondari dell'ipnosi. Ad esempio, è associata a più breve durata del travaglio, probabilmente anche per il minore utilizzo di analgesici, e quindi a un indice di Apgar migliore, perché una più breve fase espulsiva porta a minore sofferenza fetale. Questo dato è interessante per la prospettiva di miglioramento dell'intero decorso del parto, compreso il benessere del bambino.
- Sembra che sia l'auto-ipnosi che l'ipnosi etero-indotta funzionino bene, o anche in combinazione, ma non c'è nessun motivo per cui la donna non debba imparare l'auto-ipnosi. Infatti potrà essere per lei un'utile risorsa anche successivamente al parto, utilizzandola per rilassarsi profondamente, recuperare le energie, diminuire lo stress e quindi migliorare il benessere nel periodo post partum.
- L'ipnosi sembra costituire una valida alternativa al trattamento farmacologico per il dolore o al parto cesareo non su necessità medica (come nei casi di tocofobia). È importante sottolineare che ogni riflessione in merito non vuole andare nella direzione di ledere il diritto della donna a scegliere le modalità di assistenza, bensì verso la possibilità di aiutare le donne a superare la paura del parto naturale.
- Le numerose osservazioni sulla relazione fra paura del parto, ansia, depressione e prolungamento della durata del travaglio o insorgenza di complicazioni, suggeriscono l'opportunità di una maggiore integrazione tra discipline ostetriche e psicologiche, per poter meglio gestire le numerose e differenti variabili che intervengono nell'evoluzione del parto.
- Per converso, queste riflessioni ci suggeriscono anche di abbandonare la visione dualistica cartesiana di una mente separata dal corpo e di tornare a vedere la persona come un'unità, non come portatore di sintomi ma come attore che può agire per il proprio benessere, e in questo l'ipnosi può essere la strada più facilitante.
- La maggiore efficacia dell'ipnosi rispetto ad altri interventi quali le cure mediche standard, la consulenza o i corsi pre-parto, ma anche in confronto al sostegno psicologico, suggerisce che i risultati ottenuti tramite l'ipnosi vadano oltre l'effetto dovuto all'instaurarsi di una relazione positiva di fiducia, attenzione e supporto alla donna.

8. Breve postilla: anche gli uomini hanno paura del parto

Dalle ricerche è emerso un dato curioso riguardante la paura del parto nei padri (Storksen et al., 2012).

Risulta infatti che più dell'80% di essi ha qualche paura correlata al parto: paura del dolore, di dover ricorrere al parto strumentale, di possibili danni al bambino, di non avere assistenza; un quinto di loro ha poi richiesto il parto cesareo.

Lasciando da parte la facile ironia sulle soglie di sopportazione maschili, credo che questo dato possa rendere bene l'idea di quanto sia solida, nel sentire comune, la paura dell'idea di dolore che si associa al parto.

A questo proposito vorrei includere le parole raccolte in viva voce da una mamma, che non possono certamente essere considerate rappresentative, ma sono un ottimo spunto di riflessione: *“I padri hanno paura del dolore e di non poterlo gestire, ma soprattutto sono in grado di influenzare totalmente il parto della donna, per cui se loro stanno in ansia, automaticamente te la passano. Si agitano per niente e l'ansia è contagiosa. La tendenza di far assistere gli uomini al parto è un problema. Anche quelli che vogliono partecipare dovrebbero essere messi immobili in un angolo”*.

In una ricerca citata nello studio di Landolt et al. (2011), c'era stato il coinvolgimento attivo dei padri nel ruolo anche di persona addestrata a indurre in ipnosi la donna. Questo pare non aver dato buoni risultati in termine di gestione dell'ansia e del dolore, risultati che sono stati attribuiti alla loro inesperienza. Forse bisognerebbe tenere maggiormente conto di come i vissuti di apprensione e ansia del padre possano influenzare quelli della madre, pensando al fatto che una presenza calma e solida del partner potrebbe essere ciò che davvero può essere utile e di sostegno alla donna.

PARTE II

- CAPITOLO III -

VERSO LA PRATICA CLINICA

Quando parliamo di ipnosi possiamo riferirci a una delle possibili fisiologiche modificazioni dello stato di coscienza, risultato dell'interazione fra la persona e l'operatore, in cui a partire da un'estrema focalizzazione dell'attenzione, è possibile ottenere modificazioni psichiche, ma anche somatiche e viscerali grazie al monoideismo plastico.

L'ambito ginecologico, e quindi anche quello della gravidanza e del parto, è riconosciuto come un ambito di applicazione dell'ipnosi particolarmente adatto e favorevole per diverse ragioni, quali la particolare disposizione della donna in stato di gravidanza e la grande reciproca influenza fra le emozioni e i sistemi immunitario, endocrino e ormonale.

Tuttavia, in Italia resta un'applicazione poco diffusa in ambito ospedaliero, ma che desta un maggiore interesse nel settore dell'assistenza privata (ostetrica domiciliare, assicurazione medica, etc).

Si è nominata la particolare disposizione della donna in stato di gravidanza come fattore facilitante l'applicazione dell'ipnosi; in particolare, possiamo dire che la donna che si avvicina al momento del parto si trova in una particolare condizione paragonabile alla trance ipnotica spontanea, a causa di un insieme di fattori quali le condizioni psicologiche, le aspettative, le modificazioni ormonali, la paura, la stanchezza e la meccanica del travaglio, che inducono uno stato di modificazione di coscienza nella partoriente. Già in queste condizioni quindi, in ambito ospedaliero o domiciliare, il personale medico preparato in materia potrebbe condurre tale condizione ipnotica spontanea verso una stato ancora più favorevole.

Da non sottovalutare poi il ruolo della relazione tra la donna in gravidanza e il personale che la assiste, fondamentale per la creazione di quel rapporto di fiducia su cui si basa l'accettazione delle suggestioni ipnotiche. Anche le aspettative che la donna si è creata durante la gravidanza giocano un ruolo importante. Aspettative basate spesso su prospettive negative, frutto dei racconti spaventosi riguardo il dolore, i rischi e le difficoltà da affrontare, oltre che della diffusa

percezione culturale del travaglio come l'evento più doloroso da affrontare per la donna. Tali drammatizzazioni d'altro canto portano all'amplificazione del già grande bisogno di rassicurazioni e sostegno presente nella donna che si avvicina al parto.

La gravidanza quindi rappresenta una particolare condizione in cui convergono tre fattori fondamentali per l'ipnotizzabilità: l'aspettativa, il bisogno e la fiducia.

Ciò detto, coerentemente alla mia professione mi focalizzerò sull'utilizzo dell'ipnosi durante la gravidanza, e non all'uso diretto in sala parto.

Durante la gestazione, al di là della preparazione al parto, l'ipnosi può essere utile per il controllo di tutte quelle sintomatologie correlate alla presenza di ansie, preoccupazioni, nausea e difficoltà a dormire, oltre che nel favorire un cambio di stile di vita, ad esempio nelle donne in sovrappeso o fumatrici, e nel controllo di sintomatologie fobiche verso le procedure mediche cui necessariamente si dovranno sottoporre.

Sono da non sottovalutare anche tutte le applicazioni di stampo psicoterapico utili per risolvere i possibili conflitti riguardo la gravidanza, di cui la donna può non essere consapevole, ma che possono influenzarne lo stato emotivo e fisico.

L'auto-ipnosi poi, una volta appresa, presenta il vantaggio di poter essere applicata come e quando la gestante ritenga necessario o ne senta il bisogno

In ultimo, da non sottovalutare sono anche le implicazioni nel puerperio. Dare alla donna suggestioni positive per il post-parto e per i giorni seguenti, proiettarla verso l'immagine di una fase successiva al parto in cui tutto sia andato per il meglio, ha l'effetto di permetterle di vivere il post-parto con maggiore benessere, positività e rilassatezza.

Se parliamo nello specifico del controllo del dolore del travaglio tramite l'ipnosi, è essenziale fare una distinzione tra dolore biologico e significato del dolore.

Il dolore biologico, che viene trasmesso dalle vie nervose ed elaborato dal Sistema Nervoso Centrale, è legato ad eventi fisici come la contrazione dell'utero, lo stiramento della muscolatura e la dilatazione. Su questa componente del dolore, l'ipnosi può agire come anestetico solo in una piccola percentuale di soggetti, coloro che potrebbero affrontare anche un intervento chirurgico senza l'ausilio di anestetici. Ma anche chi non raggiunge l'analgesia può ottenere l'innalzamento della soglia del dolore, sperimentandone così una forte riduzione.

Tuttavia, durante il travaglio la componente emotiva del dolore, quella della significazione, è molto importante in quanto è in grado di diminuire o al contrario aumentare la percezione degli stimoli dolorosi. Una donna spaventata, stanca e preoccupata percepirà il dolore in maniera più

intensa di una persona tranquilla e consapevole di quello che succede. Inoltre, tenderà a percepire come dolorosi anche stimoli che non lo sono, ma che non le sono noti o non si aspetta. Su questo hanno grande influenza anche i già citati condizionamenti culturali, che portano a pensare che il dolore sia l'unica cosa che ci si possa aspettare con certezza dal travaglio. Nel lavoro con la persona quindi, è importante innanzitutto capire quali idee, preconetti e pensieri ha al riguardo di ciò che la aspetta, per poterli eventualmente modificare.

L'ipnosi, oltre ad avere effetti a livello fisiologico portando un aumento delle endorfine e riducendo il flusso ematico ai centri del dolore, è di grande importanza proprio perché permette di controllare la componente emotiva del dolore, riducendo l'ansia e aumentando il senso di calma e autocontrollo. Questo porta automaticamente a una minore percezione del dolore, innescando una sorta di circolo virtuoso, tanto che potrebbero non essere date istruzioni mirate al controllo del dolore da contrazione ottenendone comunque l'attenuazione.

Quanto detto non significa che si sottovaluti l'importanza del dolore legato all'esperienza del parto, che anzi ne costituisce una parte indispensabile. Pur essendo comprensibile che rappresenti una fra le maggiori preoccupazioni, è anche certo che, in condizioni normali, la donna è in grado di far fronte e superare questa esperienza; e non potrebbe essere che così, dal momento che la natura ha programmato il corpo della donna per poter superare con successo questa tappa. Forse, il particolare aumento della paura del parto, evidenziato relativamente agli ultimi decenni negli studi prima citati, è da considerarsi correlato più alla variazione delle percezioni di sé della donna nel mondo contemporaneo e ai relativi condizionamenti culturali e sociali, dal momento che la parte biologica si può presumere sia rimasta invariata.

PARTE II

- CAPITOLO VI -

DESCRIZIONE DI CASO CLINICO

A conclusione dell'elaborato, riporto qui di seguito la descrizione di un caso clinico inerente all'argomento esposto, svoltosi nell'ambito della mia professione di psicoterapeuta.

Sono stata contattata da N., una donna di 32 anni che si trovava alla trentaquattresima settimana della sua seconda gravidanza, che arriva a me tramite passaparola con la richiesta di ricevere un training all'autoipnosi per il parto.

Primo incontro

Dedico la prima parte dell'incontro all'**indagine** sulle conoscenze di N. riguardo l'ipnosi, sulle sue eventuali esperienze precedenti, sul come sia arrivata con quella specifica richiesta, oltre che all'indagine dell'esperienza del suo precedente parto, dei suoi vissuti corporei, delle sue eventuali paure.

N. è sposata, vive con il marito e il primo figlio, ha un lavoro a tempo pieno che la gratifica ed è una donna colta e intelligente. Dato che non aveva mai avuto precedenti esperienze di ipnosi ed è venuta a conoscenza della possibilità di imparare l'auto-ipnosi per partorire senza anestesia leggendo su internet, dedichiamo una parte dell'incontro a una corretta **informazione**, a sfatare alcuni pregiudizi e a chiarire meglio alcune idee imprecise che si era fatta al riguardo (ad esempio sull'ottenimento della completa anestesia).

Mi racconta che il precedente parto è stato indotto, ed è stato portato a termine senza anestesia. Lo descrive come molto doloroso e ricorda di essersi pentita sul momento per non aver fatto l'epidurale. Nonostante ciò, ha già deciso di procedere senza epidurale anche per questo secondo parto, perché vuole essere in grado di "sentire e mantenere il controllo".

Mi spiega che è proprio perché sa a cosa andrà incontro che ha deciso di fare in modo di avere uno strumento in più nelle sue mani. Si descrive infatti come una persona molto concreta e

razionale, che vuole avere il controllo della situazione. Racconta di non avere particolari paure, ed emerge una chiara consapevolezza in lei della distinzione tra dolore e sofferenza.

Partiamo quindi da una condizione di **bisogno**, di per sé facilitante, in quanto la richiesta è nata da N. che attivamente è venuta e richiedere di imparare la tecnica. Attraverso il colloquio preliminare, mirato alla conoscenza e al dare informazioni legate alle sue **aspettative**, è stato possibile iniziare a creare un clima di **fiducia**: grande rilevanza è stata data alla questione dell'ipnosi come mezzo per amplificare il controllo, per facilitare il benessere e come strumento che avrebbe potuto da lei essere usato in perfetta autonomia e con efficacia.

Procediamo quindi alla prima sessione di ipnosi.

Provvedo affinché si sistemi in **posizione seduta**, con la testa appoggiata e il busto solo leggermente reclinato all'indietro, le gambe leggermente allungate: è importante infatti che durante la seduta di ipnosi la donna gravida non sia completamente sdraiata, per evitare possibili ipotensioni da compressione della vena cava da parte dell'utero.

Nel fare ciò pongo attenzione alla creazione dello **yes-set**, a dare **istruzioni motivate** e a fornire **descrizioni facilmente verificabili** (truismi).

Utilizzo quindi la tecnica di induzione dell'**aprire e chiudere gli occhi con focalizzazione sul respiro**, chiedendo di scegliere con attenzione un punto da fissare davanti a lei in alto e di non distogliere lo sguardo, mentre lentamente rivolge l'attenzione sul suo respiro, senza modificarlo, solo accorgendosi dell'aria che entra ed esce, e portandola a mantenere le palpebre aperte ogni volta che l'aria entra e a chiuderle ogni volta che l'aria esce, continuando così fino a raggiungere una sensazione di maggiore piacevolezza nel lasciarle abbassate.

Procedo portando la **focalizzazione dell'attenzione dall'esterno all'interno, incorporando** la presenza dei rumori esterni (quali il tosaerba del giardiniere!) e **ricalcando** il senso di pesantezza, evidente dalle palpebre e dalle braccia, e i segnali di rilassamento, evidenti dalla posizione del capo, dal viso e dalla modificazione del respiro.

Una volta indotto lo stato ipnotico sono passata alla fase di **suggestione**, tramite immaginazione della **scala discendente** e del **luogo sicuro**:

“e mentre ti rilassi puoi immaginare di essere in cima a una magnifica scala... immagina questa magnifica scala... puoi percepirla i colori e le forme, sentire la sensazione dei tuoi piedi che si preparano a discenderla... e mentre tu sei su questa scala, io conterò da 10 a 1... e a ogni numero potrai scendere di un gradino... e a ogni gradino scendi in uno stato di rilassamento sempre più profondo... [...]

Puoi immaginare ora di trovarti in un luogo che ti piace... un luogo piacevole e familiare... potresti ascoltarne i rumori, o sentirne gli odori, o vederne i colori... e dal momento che ti trovi in uno spazio pieno di pace ... uno spazio per te molto piacevole... puoi accomodarti qui e goderti la sensazione...

io ti lascerò tre minuti per goderti questa sensazione di benessere che stai provando, a partire da... ora”.

Ho poi proceduto alla de-induzione e all'intervista finale.

Nella fase di induzione ritengo siano stati momenti cruciali il rimandare la conferma della capacità di mantenere senso di controllo, in riferimento ad alcuni suoi movimenti, e l'incorporazione degli evidenti movimenti del bambino (*puoi sentire che più tu sei ferma più lui si muove... più lui si muove più significa che ti stai rilassando, perché è una sensazione che lui gradisce molto*).

Dall'intervista è emerso un buon senso di soddisfazione e fiducia verso l'esperienza provata, una conferma dello stato di rilassatezza e benessere percepiti e una buona dose di fantasia e capacità di adattamento rispetto all'immagine della scala e del luogo sicuro che si era costruita (la scala visualizzata infatti era inaspettatamente una scala a pioli, che ha provveduto a far diventare doppia perché non sapeva a cosa appoggiarla nel discenderla).

In conclusione dell'incontro, le rimando un'attribuzione di responsabilità rispetto all'efficacia con cui riuscirà a utilizzare lo strumento, che sarà in funzione della sua costanza nel ripetere l'allenamento a casa. Concordiamo insieme un momento della giornata che ogni giorno potrà dedicare a questo senza difficoltà, con l'accordo che avrebbe comunque potuto ripetere la pratica ogni qual volta lo avesse desiderato, anche lasciandosi piacevolmente scivolare nel sonno.

Incontri successivi

Nei seguenti incontri, N. mi conferma di essere riuscita a fare pratica anche a casa, anche se non quotidianamente.

Riporta di sentire nei suoi allenamenti un profondo senso di pesantezza già dal quinto gradino. Mi riferisce che nel corso dei giorni la durata spontanea dell'auto-ipnosi si è assestata sui 15-20 minuti (la decisione di prendere il tempo è stata autonoma).

Racconta poi di essersi lasciata andare nell'arricchire di dettagli familiari, decori, elementi funzionali e comodità la sua scala (gradini larghi, una bella balaustra per appoggiarsi...). Il luogo sicuro in cui ha posizionato la scala è andato sempre più definendosi come un posto assoluto legato a vissuti piacevoli dell'infanzia.

Emerge inoltre che, nel visualizzare di essere in questo posto e di sdraiarsi, è in grado di sviluppare e di percepire una benefica sensazione di calore alle spalle e nella schiena.

Gli incontri successivi al primo sono stati dedicati a un ulteriore training eterodiretto, con introduzione della visualizzazione del bambino nella pancia e delle sensazioni che lui potrebbe percepire dall'interno, all'inserimento dell'ancoraggio (non fatto in prima seduta) e alla verifica della capacità di autoipnosi, con conseguente rinforzo e riconoscimento della sua competenza.

È stata esplicitata la sua capacità di arrivare molto velocemente nel suo luogo piacevole e le è stato rimandato che quella condizione di rilassamento sarebbe stata, al momento dell'inizio del travaglio, la più spontanea e istintiva da raggiungere per scivolare in uno stato di benessere e avere il controllo emotivo di quello che sarebbe successo.

Nel nostro ultimo incontro ho poi introdotto uno spostamento della linea del tempo in avanti, con la proiezione prima al momento del parto, esplorato attivamente insieme a lei, e poi a un momento successivo alla nascita del bambino, caratterizzato da una speciale condizione di benessere e felicità per la buona riuscita del parto.

Gli effetti

A conclusione delle nostre sedute, il feedback di N. è stato quello del sentirsi potente di un forte strumento; ha aggiunto che non le sarebbe importato ormai nemmeno degli effetti sulla percezione del dolore, poiché il lavoro che aveva fatto le aveva permesso di ridurre al minimo l'ansia rispetto al momento del parto, cosa che sentiva ora come la più importante.

Dopo il parto, N. mi ha raccontato di essere stata capace di utilizzare l'auto-ipnosi molto efficacemente già nella fase delle prime contrazioni, che ha scelto di vivere nella tranquillità di casa sua. Quando si è recata in ospedale, il parto è avvenuto senza necessità di somministrare ossitocina, senza complicazioni e in un tempo talmente veloce da non aver nemmeno potuto togliersi le scarpe e cambiarsi.

In seguito, mi dice, nelle difficoltà incontrate nel post-partum ha avuto modo di apprezzare gli effetti dell'auto-ipnosi anche come mezzo per rilassarsi e “farsi un regalo”.

Volendo quindi fare un confronto con gli effetti raggiungibili nel parto grazie all'ipnosi, elencati nei capitoli precedenti, si può dire che in questo caso N. abbia ottenuto diversi benefici: non ha effettivamente utilizzato analgesici, come era suo desiderio; a differenza del primo parto non c'è stato ricorso all'ossitocina e la durata del travaglio è stata brevissima (anche facilitata in questo dall'essere al secondo parto). Ha dichiarato una netta diminuzione della percezione di ansia e paura rispetto al parto, già nelle settimane che lo precedevano, potendo contare su un maggior

senso di rilassamento, maggiore percezione di autoefficacia, nonché fiducia rispetto alla capacità di sopportare il dolore del travaglio, esprimendo perfino disinteresse rispetto ad esso. In definitiva, tutto ciò si è tradotto in una maggiore soddisfazione riguardo l'esperienza del parto.

È stata questa un'esperienza unica, preziosa e stimolante, sicuramente non priva di imperfezioni da cui trarre spunti di miglioramento; un'esperienza certamente resa possibile dalle grandi risorse di N., dalla sua particolare disposizione nel portarmi la sua richiesta, e dalla relazione di fiducia instauratasi, che ci ha permesso di portare avanti questo breve percorso con soddisfazione.

CONCLUSIONI

Ho voluto condurre il lettore attraverso una riflessione sul significato del dolore, solo apparentemente universale e comunicabile; il dolore come esperienza individuale e soggettiva, al di là dell'esperienza sensoriale. Ho spiegato quindi come il dolore si leghi al parto, oltre che grazie a fattori biologici, anche attraverso costrutti di significato, interpretazioni individuali e fattori culturali, quindi attraverso la sofferenza.

Ho presentato poi un'ampia discussione sui risultati raccolti nella recente letteratura scientifica internazionale riguardo la relazione fra dolore e paura, sulla loro influenza sul parto e sui possibili effetti a cui può portare l'ipnosi usata in gravidanza.

I risultati emersi aprono ottime prospettive, sono positivi e promettenti ma non conclusivi, precisano gli autori. Questo è dovuto alla scarsità di studi controllati randomizzati, alla impossibilità di comparare studi non omogenei rispetto ai criteri di selezione, di valutazione dei risultati e ai protocolli di trattamento. Ma come abbiamo visto, se questo è appropriato a livello di ricerca sperimentale, scendendo nella pratica clinica il discorso si fa necessariamente differente. L'efficacia sul piano sperimentale non necessariamente trova corrispondenza sul piano della clinica, e viceversa. Il clinico è interessato a produrre un effetto ricercato, un cambiamento nella persona, quindi dovrà necessariamente adattare l'intervento tenendo conto della relazione terapeutica, del contesto, della domanda esplicita e del bisogno implicito della specifica persona.

A partire da questi dati, ho raccolto quindi alcune riflessioni sull'utilizzo dell'ipnosi nella pratica clinica, focalizzandomi sull'utilizzo in gravidanza, nelle accezioni di gestione del dolore e di accompagnamento alla nascita.

In chiusura, ho riportato la descrizione di un caso clinico da me seguito, sulla base della richiesta di imparare l'utilizzo dell'ipnosi per gestire il dolore del parto. Una persona in cui il bisogno di controllo era tale da non voler ricorrere ad analgesici per non sentire il dolore, che però non per questo diventava meno temuto. L'ipnosi si è mostrato un valido strumento attraverso cui arrivare ad agire su più livelli, portando a benefici che andavano oltre quello inizialmente domandato, andando ad agire indirettamente sul sottostante bisogno di diminuzione di uno stato ansioso.

Un ottimo esempio della potenza di uno strumento che, integrato nella terapia, permette di passare attraverso il vissuto esperienziale per arrivare a modificare il vissuto dei significati.

Un'ultima riflessione conclusiva: al di là della gestione del dolore nel parto, che può ritenersi un ambito consolidato nella pratica clinica, seppure i risultati non siano omogenei nella ricerca sperimentale, gli spunti più interessanti di applicazione per il futuro ritengo siano quello del periodo post-partum, su cui varrebbe la pena di soffermarsi maggiormente per far sì che l'auto-ipnosi diventi uno strumento prezioso per la gestione di questo periodo tanto difficile per la donna, e quello della gestione dell'ansia del padre, riflettendo sul modo in cui questi viene coinvolto nel percorso di preparazione, al fine di poter essere sempre più una presenza calma e di sostegno, e non fonte di apprensione.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, S., Eberhard-Gran, M. and Eskild, A. (2012). *Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119: 1238–1246. DOI:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Casiglia E, a cura di (2015). Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Editrice Cleup
- Landolt AS, Milling LS. *The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review*. Clin Psychol Rev 2011 Aug 31; (6):1022-31
- Le Breton D, (2007). *Antropologia del dolore*. Meltemi Editore. Edizione originale: Anthropologie de la douleur, Èditions Métailié, Paris, 1995
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. *Hypnosis for painmanagement during labour and childbirth (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub3
- O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. *Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis*. Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96:907–920
- Sado M, Ota E, Stickley A, Mori R. *Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression*. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jun 13; (6):CD009062
- Saisto T, Halmesma E. *Fear of childbirth: a neglected dilemma*. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 201-208

- Salvini A, (2004). *Psicologia Clinica*. Domeneghini Editore
- Salvini A, Dondoni M, (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Giunti
- Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. *Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression*. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91:237–242