

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE**

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2013

IPNOSI E GRAVIDANZA PROTRATTA

Candidato:

D. Bulzacchi

Relatore:

Dott. G. Regaldo

Torino 2013

“il tutto è più delle singole parti.

Aristotele

*“Il parto è salute
quando madre e bambino possono vivere la nascita
come un momento positivo della loro biografia
dove i loro bisogni globali sono soddisfatti e
dove possono integrare il loro futuro sviluppo psicosociale.*

Sven Hildebrandt

INDICE

Prefazione	Pag. 4
Introduzione	Pag. 6
Aspetti teorici	Pag. 9
- I processi psichici della gravidanza	Pag. 9
- Psicosomatica della gravidanza	Pag. 11
- Gli ormoni del parto	Pag. 15
- Il parto come esperienza di “empowerment”	Pag. 17
Progetto di studio	Pag. 21
- Quesito dello studio	Pag. 21
- Metodologia di ricerca	Pag. 21
- Esiti di ricerca	Pag. 21
- Analisi e risultati principali	Pag. 22
- Metodo	Pag. 23
- Strumenti	Pag. 23
- Procedura e criteri di scelta per il campione	Pag. 23
- Analisi statistiche	Pag. 24
o Analisi statistiche nullipare	Pag. 25
o Analisi statistiche pluripare	Pag. 27
Conclusioni	Pag. 29
Discussione	Pag. 30
Proposta	Pag. 32
Bibliografia e sitografia	Pag. 33
Lecture	Pag. 34

PREFAZIONE

Nel mio percorso professionale ho avuto l'esigenza di avvicinarmi ad una visione olistica della vita. Credo che il prendersi cura di se stessi alimentandosi in modo più naturale e sano, purificare le proprie emozioni e i pensieri negativi, comprendere le ragioni profonde delle proprie azioni e, infine, evolversi umanamente e spiritualmente sia fondamentale per portarsi ad un equilibrio psico-fisico ed energetico-emozionale.

Le antiche medicine di ogni tradizione rispettavano l'anima come centro della complessa unità psicofisica umana e come perno essenziale dell'intero sistema di guarigione, mentre la medicina tradizionale o scientifica non ha fatto altro che frammentare e suddividere l'essere umano in una miriade di componenti, per ciascuna delle quali ha ideato una specializzazione a senso unico. Tuttavia oggi avanza e guadagna sempre più terreno una visione della malattia non solo biologica, ma anche psicologica, relazionale e sociale, considerare quindi la persona come soggetto piuttosto che come oggetto.

Sotto il vasto termine di medicina olistica si trovano oggi migliaia di tecniche, di differenti concezioni e linguaggi, di soluzioni terapeutiche e di visioni del mondo che necessitano di una visione unitaria e coerente. L'unico punto in comune è il considerare l'essere umano in modo sacro, come un'unità di coscienza in cui esistono differenti piani o corpi, con un suo equilibrio psico-energetico che, se alterato, genera malattia e dolore.

Oggi, all'interno della vasta concezione medica olistica, possiamo differenziare numerose forme di terapia che, pur osservando il principio olistico (per cui ogni parte rappresenta ed è connessa con il tutto) si specializzano su un determinato livello:

- terapie somatiche: erboristeria, dietetica, tecniche di body work (massaggio, osteopatia, danza, ecc.);
- terapie energetiche: agopuntura, omeopatia, tai c'i, qi gong, shiatzu, pranoterapia, ecc;
- terapie emozionali: rebirthing, psicodramma, tecniche sulla voce e il canto, ecc;
- terapie psicologiche: ipnosi, regressioni, analisi del sogno, PNL, visualizzazioni, ecc;
- terapie spirituali: tecniche di meditazione che portano al silenzio, alla pace ed al vuoto interiore.

Ogni tecnica opera sull'intero essere nei suoi vari livelli.

Al contrario di quanto si può essere indotti a credere, l'ipnosi si basa su un approccio olistico e non solo psicologico, perché la mente è nel corpo quindi qualunque forma di separazione si voglia mettere in atto non ha alcun senso. Infatti, non esiste mente senza corpo, pensiero senza movimento, ragione senza emozioni:tutto ciò che proviamo, pensiamo, sogniamo viene

percepito anche nel corpo. Grazie agli strumenti che l'ipnosi offre è possibile raggiungere il sincronismo mente-corpo, ovvero quell' unione che fa sì che lo stato di coscienza sia tale da non percepire alcuna separazione; ed è proprio questa sincronia che ci consente di recuperare lo stato di benessere. Questa sincronizzazione però non è sempre facile, soprattutto per noi occidentali che abbiamo una visione frammentata del nostro corpo.

Questo mio interesse per la visione olistica mi ha portato ad integrare il mio "sapere" professionale con l'apprendimento delle tecniche di comunicazione ipnotica al fine di offrire alla donna strumenti per rafforzare ed integrare la propria consapevolezza di auto-aiuto.

Daniela Bulzacchi

INTRODUZIONE

Le prime notizie relative all'utilizzo dell'ipnosi per agevolare il travaglio ed il parto risalgono al 1983 con Lafontaine. In Italia la prima applicazione di questa tecnica si può ricondurre all'attività del Prof. Giampiero Mosconi nel 1957. Ad oggi è più corretto parlare di autoipnosi in quanto l'ipnotista, che generalmente non è presente al momento del parto, guida la donna all'apprendimento di tecniche di rilassamento mentale e muscolare, gestione dell'ansia e attenuazione della percezione del dolore. La sensazione dolorosa durante il parto non viene infatti eliminata, ma la partoriente acquisisce gli strumenti per estraniarsi dalla sofferenza. Tale obiettivo viene raggiunto mediante l'utilizzo della trance ipnotica, uno stato di rilassamento molto profondo, simile al sonno, in cui la donna conserva tuttavia la propria consapevolezza di sé e volontà. Si apprende a lasciare spazio al proprio emisfero cerebrale destro (sede dell'emotività) e ad allentare il controllo vigile in modo da entrare in armonia con il proprio corpo e vivere serenamente il momento del parto.

Esistono opinioni contrastanti in merito all'efficacia di questa tecnica su tutte le donne; tuttavia diversi lavori scientifici dimostrano che il ricorso all'ipnosi ha determinato una significativa riduzione dell'utilizzo di analgesia farmacologica, aumento dei parti spontanei e aumentata tolleranza al dolore e grado di soddisfazione. I principali benefici riscontrati sono stati sia soggettivi che oggettivi. Tra questi ultimi si sottolinea una complessiva diminuzione del tempo del travaglio e del secondamento, aumento dell'indice di vitalità del feto, bassa incidenza di emorragie e riduzione del numero di casi di depressione post-partum.

Tra tutti i dolori che hanno accompagnato l'uomo nella sua lunga storia, quello del parto è forse il più ritualizzato, più conosciuto e con i più chiari caratteri di ineluttabilità. Nella nostra cultura la Bibbia ci ha tramandato la condanna divina a partorire con dolore sancendo un ineludibile connubio tra parto e sofferenza come se il dolore potesse purificare e redimere il peccato del concepimento. Alla luce di questo condizionamento, la sofferenza del parto è stata storicamente accettata come evento necessario.

La tecnica ipnotica deve le sue origini proprio al bisogno di vincere questo dolore atteso e temuto. Permettendo alla donna di affrontare questo momento in modo consapevole ed efficiente, la tecnica ipnotica di preparazione al parto, ha rappresentato il primo presidio terapeutico verso questa

sofferenza ed oggi viene considerata come il metodo ideale per il parto e la più valida terapia analgesica senza somministrazione di preparati chimici.

Col passare del tempo, tuttavia, si sono prodotte profonde trasformazioni nelle tecniche e nelle aspettative di chi pratica la tecnica ipnotica e di chi ne ricerca i benefici: si è passati dal proposito di partorire “in” trance ipnotica, (vista come mezzo per ottenere uno stato globale di anestesia, alternativa non dissimile da quella ottenibile con mezzi chimici) a quello di partorire mediante l’ipnosi (intendendo questa come la tecnica più potente e idonea per stendere le capacità di cambiamento del soggetto, permettendogli di attingere a tutte le sue potenzialità cosce ed inconse di adattamento).

Durante l’induzione ipnotica si produce nella donna un rilassamento piacevole, una distrazione dell’attenzione e un’aspettativa ottimistica; attraverso l’introduzione di adeguate suggestioni immaginative finalizzate ad ottenere un’alterazione della percezione, il sollievo dal dolore risulta ancora maggiore fino a diventare totale. La mente razionale si alleggerisce sino a liberarsi delle componenti sociali e ansiose del dolore e si afferma, rafforzandosi, la mente emozionale così da far emergere l’imprinting di quelle conoscenze innate che assecondano fisiologicamente l’espletamento del parto.

L’ipnosi permette di far emergere quella capacità femminile innata di saper partorire, assecondando le richieste del corpo e cioè riuscendo a non opporsi alla dilatazione in atto con una reazione opposta di tensione-paura. Andando in trance ipnotica, infatti, si può modificare in breve tempo una condizione di tensione in qualcosa d’altro: le contrazioni non vengono più contrastate, ma favorite. Tutto ciò è reso possibile dal fatto che il dolore non è un fenomeno oggettivo, uguale per tutti, ma una caratteristica soggettiva influenzata e determinata dalle caratteristiche di personalità nonché da fattori culturali, sociali, etnici, religiosi e familiari. Inoltre, nella percezione soggettiva del dolore, l’attenzione gioca un ruolo estremamente rilevante nel senso che un aumento dell’attenzione verso lo stimolo doloroso produce un incremento dell’ansia che, a sua volta, induce un ulteriore aumento dell’attenzione stessa che si traduce in una nuova intensificazione della sofferenza e dello stato ansioso. E’ come un esplosivo processo a catena che si autoalimenta continuamente.

Mediante la tecnica ipnotica si riesce a rompere il circolo vizioso “ansia-dolore-ansia-dolore”. Ciò non significa che il dolore viene annullato o soppresso, ma bensì modulato. La sensazione dolorosa giunge alla coscienza della partoriente che si trova in uno stato modificato di coscienza (la trance

appunto) ma viene percepito in modo attenuato e tollerabile interferendo meno con la dilatazione della muscolatura uterina in atto.

Gli ultimi dati e ricerche indicano che con queste metodiche non è l'effetto "dolore" che viene eliminato ma è la sensazione dolorosa che pur essendo percepita non arriva alla coscienza del soggetto e se arriva è solo un ricordo sfumato e tollerato.

Tra i vantaggi oggettivi della tecnica ipnotica per la preparazione al parto vi è la riduzione dei tempi del travaglio, l'aumento dell'indice di vitalità del feto, la riduzione di interventi cruenti sul canale vaginale e di manovre estrattive del feto, la riduzione di emorragie e la velocizzazione del periodo di ripresa della puerpera.

A ciò si aggiunge un miglior approccio ad un eventuale taglio cesareo e una miglior ripresa clinica e psicologica in fase post operatoria, con un minor dolore nell'assestamento dell'utero, una più rapida ripresa dell'intestino ed un minor periodo di immobilizzazione a letto.

ASPETTI TEORICI

I processi psichici nella gravidanza.

I primi studi si sono svolti all'interno del quadro del metodo e delle teorie psicoanalitiche, interessate al significato che il desiderio di maternità riveste per la donna (Freud, 1915, 1931, 1932; Deutsch, 1945; Benedek, 1956, 1960). Freud inizialmente colloca il desiderio di maternità nel quadro della situazione edipica (Freud, 1915) e solo successivamente a quello preedipico (Freud, 1931, 1932). In ogni caso la motivazione inconscia sottostante è secondo l'autore relativo al desiderio di "sostituire quel pene che non ha mai avuto". La Deutsch (1945) e la Benedek (1956, 1960) attribuiscono invece il desiderio di procreazione alla peculiare funzione ricettiva della psiche femminile.

La gravidanza è definita, in ogni modo, come un periodo di "crisi evolutiva" in cui avvengono processi di integrazione e rielaborazione delle esperienze passate (Bibring, 1959, 1961). La crisi può essere vista nelle sue connotazioni positive di maturazione, ma anche nella sua valenza di vulnerabilità che lascia spazio a possibili rischi sul piano psicologico. In questo secondo caso è probabile che donne, che non hanno raggiunto una loro autonomia e una differenziazione dei propri confini personali e del proprio spazio interno, vivano il periodo della gravidanza come un momento di difficoltà caratterizzato da ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto e per il futuro rapporto con il bambino. In questo caso si possono presentare scompensi psicopatologici che si ripercuotono sia sullo sviluppo psicologico che somatico del bambino.

La Breen (1992) e la Pines (1972, 1980) sottolineano proprio questo aspetto della gravidanza, il fatto che sia un periodo di riflessione e di rielaborazione soprattutto del proprio passato, in particolare dei vissuti reali e fantasmatici con la propria madre. A seconda di queste vicissitudini relative alle proprie figure genitoriali e della capacità o meno di rielaborare ulteriormente il processo di separazione-individuazione con la propria madre, ogni donna vivrà diversamente la propria gravidanza. Per completare con successo questo processo di individuazione di se stessa come donna e come madre, la gravidanza comporta una serie di modificazioni somatiche e psichiche che l'aiutano in questo processo. La duplice esperienza sul versante somatico e psichico è osservabile nelle "oscillazioni identificatorie presenti in gravidanza, che si presentano nella donna come una tendenza da una parte a ripiegarsi su se stessa e a ritirarsi con il feto, e dall'altra a identificarsi con una madre sollecita che saprà prendersi cura del proprio bambino" (Ammaniti e coll., 1995). È in relazione all'identificazione con la propria madre che si può leggere la distinzione tra desiderio di maternità e quello di gravidanza: il primo si riferisce al bisogno narcisistico di

vedere che il proprio corpo funziona come quello della madre, il secondo alla disponibilità a occuparsi e prendersi cura del bambino (Pines, 1982, 1988).

Inoltre, sono state individuate diverse fasi psicologiche che la donna attraversa nel corso della gravidanza stessa. In particolare sono state distinte due fasi fondamentali (Bibring, 1959, 1961): la prima, che va dal concepimento alla percezione dei primi movimenti fetali, è caratterizzata dall'accettazione dell'embrione prima e del feto poi, come parte integrante di sé e pertanto a vivere questa fusione; la seconda, che va dalla percezione dei primi movimenti fetali e arriva al parto, è caratterizzata da un processo psichico di riorganizzazione che la donna deve fare per prepararsi a quella separazione che ci sarà con il parto. La Pines (1972, 1982) evidenzia la stretta associazione tra le fantasie della donna e gli eventi somatici che caratterizzano le diverse fasi della gravidanza. Nel primo si ha una polarizzazione su di sé, accompagnata da uno stato di regressione e da un'accresciuta passività, in relazione anche alle modificazioni ormonali. Spesso, infatti, compaiono quei "malesseri della gravidanza" che sono veri e propri sintomi psicosomatici, espressione di conflitti e ambivalenze nei confronti della gravidanza e del feto. Ad esempio, il vomito può rappresentare un tentativo inconscio da parte della donna di espellere l'embrione e ritornare alla condizione precedente. Nel secondo stadio il feto è percepito in modo progressivamente differenziato e viene riconosciuto come un'entità distinta da sé. Questo provoca nella donna profonde ansie di perdita.

La Pines identifica anche un terzo stadio, che comprende gli ultimi momenti prima del parto, in cui sono presenti ansie relative all'integrità del bambino, e un quarto stadio che è quello appena dopo il parto.

Raphael-Leff (1980) propone invece tre periodi: uno relativo all'inizio della gravidanza, chiamato "inattività vigile", in cui la donna cerca di minimizzare il proprio disorientamento dovuto alla nuova condizione e di raggiungere uno stato di benessere per poi, in un secondo momento, accettare il feto come parte di sé e vivere con lui un'unione simbiotica; il secondo, definito come simile ad uno "schiudersi", è quello relativo alla percezione e individuazione del feto nella mente che le permette di differenziarlo da sé; il terzo che si conclude con il parto e la nascita è caratterizzato da una sorta di "riavvicinamento" della madre al proprio bambino.

Infine sono stati messi in luce diversi stili materni che influenzano non solo le fantasie, le rappresentazioni, le convinzioni e le aspettative in gravidanza, ma anche la stessa relazione precoce madre-bambino. Raphael-Leff (1983, 1985, 1986) in questo senso distingue una madre "facilitante" da una madre "regolatrice". La prima è quella che considera la maternità come un'esperienza che fa parte della sua identità femminile e in quanto tale viene vissuta con tranquillità lasciandosi trasportare nelle diverse fasi che il processo comporta: prima la regressione con l'unione fusionale

con il feto, poi la percezione dei movimenti fetali che la portano a vivere il feto come differenziato, la differenziazione dalla propria madre e la creazione di una propria identità di madre; infine, l'investimento affettivo sempre maggiore nei confronti del bambino in pancia che la portano a dialogare con lui, ad attribuirgli delle caratteristiche personali. Di solito sono donne che mostrano con orgoglio le modificazioni che la gravidanza comporta, si preparano al parto e alla nascita del bambino, magari partecipando a dei corsi di accompagnamento alla nascita, e con l'idea di allattarlo e curarlo il più possibile. La madre "regolatrice", invece, considera la gravidanza come un passaggio obbligato per avere un bambino e non accetta le modificazioni corporee che esso comporta. Resiste alla disorganizzazione psicologica che abbiamo visto essere parte normale del processo della maternità, rinforzando le proprie difese psichiche e le proprie razionalizzazioni. Vive il bambino in pancia come un intruso che vuole cambiarle la vita e i suoi movimenti fetali sono avvertiti come una presenza estranea. L'investimento affettivo e le fantasie sul feto sono limitate. La madre attende con ansia che la gravidanza si concluda il prima possibile e ha paure eccessive rispetto al parto, dovute probabilmente ad un'insufficiente elaborazione delle proprie ambivalenze. Il parto è, infatti, spesso vissuto come un'esperienza minacciosa che deve essere programmata, spesso con la richieste di tecniche di induzione se non di tagli cesarei.

Psicosomatica della gravidanza.

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, la gravidanza rappresenta un momento critico per una donna, un momento di trasformazione sia fisica che emotiva, in cui processi intrapsichici e fattori endogeni si intrecciano a vicenda. I processi psichici modulano i meccanismi biologici che si innescano con il concepimento, ma le modificazioni fisiologiche conseguenti che interessano tutti gli organi e i tessuti dell'organismo comportano, a loro volta, una modulazione dei processi psichici elaborati nella struttura della mente (versante somatopsichico) che, ancora a loro volta, si ripercuotono di nuovo sul soma (versante psicosomatico). Ogni volta che l'unità dello schema corporeo è messa in crisi, lo stesso accade anche per l'identità psichica stessa del soggetto. Se una donna, che vede la propria immagine corporea modificarsi durante la gravidanza, non ha una rappresentazione interiorizzata e stabile di essa, è probabile che nella gestazione o al momento del parto manifesti disturbi psichici anche di rilievo; ad esempio preeclampsia e psicosi puerperali. Inoltre, sappiamo anche che le problematiche di origine psichica si ripercuotono sul benessere fetale: maggiore attività fetale in utero, e nella madre irritabilità, sindromi gastrointestinali, tachicardia e modificazioni del quadro respiratorio. Ad esempio, un forte stato ansioso materno può dare origine ad una vasocostrizione uterina, mediata da una stimolazione di neurotrasmettitori, che potrebbe comportare un ritardo di crescita fetale, secondario ad asfissia cronica (Myers, 1979).

Una rilevante componente psicosomatica viene riconosciuta in alcune sintomatologie e patologie riscontrabili in gravidanza (Maggioni, Mimoun, 2003): l'ipersonnia, l'iperemesi, la pseudociesi, l'aborto e la preeclampsia.

L'ipersonnia, relativa al primo trimestre di gravidanza, viene correlata all'effetto ipnogeno del progesterone che sarebbe dovuta ad una regressione psichica e ad una identificazione con il feto (Maggioni, 2004). La sensazione di stanchezza e di fatica che viene rilevata in gravidanza deve essere considerata in relazione all'adattamento psico-fisico che richiede la gravidanza stessa.

L'emese (vomito) è caratteristica del primo periodo della gravidanza, in particolare al mattino, ed è considerato dipendente da un'iperexcitabilità del sistema vegetativo su base ormonale. Tale squilibrio sarebbe anche in questo caso dovuto a fattori psichici: infatti è stata osservata la comparsa di nausea e vomito anche nei casi di gravidanza immaginaria, dopo la mancanza di ciclo mestruale, anch'esso di tipo psicogeno. A volte le ambivalenze e i conflitti relativi al desiderio di un figlio o meno non riguardano solo l'intrapsichico della donna, ma anche l'ambiente familiare e coniugale che può essere percepito come ostile alla gravidanza. Abbiamo visto che anche la Deutsch (1945) e la Benedek (1952) considerano questo tipo di sintomatologia (nausea e vomito) legata a istanze emotive che si oppongono alla gravidanza e alla presenza del feto. Inoltre la loro scomparsa dopo il quarto mese dovrebbe essere dovuta al fatto che la madre inizia a sentire i primi movimenti fetali e, quindi, a considerare il feto come parte di sé. Pertanto, possiamo dire che se questi sintomi si mantengono entro certi limiti, possono essere considerati normali; è solo quando li superano che acquistano caratteri di una sindrome patologica, chiamata iperemesi gravidica. Il fenomeno, mediato da variazioni ormonali, metaboliche e comunque umorali, sarebbe espressione di una conflittualità tra desiderio e rifiuto della gravidanza. È stata riscontrata una maggiore presenza di iperemesi gravidica in donne che presentano maggiori livelli di ansia e di alessitimia (Tempfer, Froelich, Seidl, 1979). Altre manifestazioni sintomatologiche con caratteristiche di oralità che si manifestano durante la prima metà della gravidanza sono le cosiddette "voglie", accompagnate a momenti di fame intensa o a periodi di completa mancanza di appetito. Sempre secondo la Deutsch (1945) questi sintomi manifestano l'ambivalenza della donna di voler espellere e nello stesso tempo proteggere l'embrione.

La pseudociesi è la cosiddetta gravidanza immaginaria, originata dal desiderio di maternità, di solito accompagnata di solito da anoressia, lipotimie, vomito e nausea che comporta un intenso disagio emotivo nel contesto personale e sociale che, a sua volta, intensifica lo squilibrio funzionale degli organi. In questa sindrome si osservano tutte le funzioni della gestazione, dalle modificazioni utero-ovariche all'inturgidimento delle mammelle, sino alla secrezione di latte, all'iperemesi, alle modificazioni endocrine (Piscicelli, 1979).

Si ha invece una gravidanza negata quando, nonostante le trasformazioni somatiche, la donna assume un atteggiamento ostinato di negazione di quanto sta accadendo dentro di lei (Acciario, 1985). Questa negazione può rappresentare la manifestazione di un conflitto tra desiderio e rifiuto, una difficoltà ad accettare la realtà di diventare madri. Di solito queste sindromi sono associate a disfunzioni psichiche molto complesse.

La maggior parte degli aborti spontanei, spesso confusi con mestruazioni ritardate e abbondanti, avviene nelle prime settimane di gestazione. Comunque, di solito si presentano più spesso prima del quarto mese e sono spesso accompagnati dalla liberazione di prostoglandine specifiche prodotte localmente dall'utero, prima che la placenta produca progesterone. Molti autori (Mann, 1956, 1957; Weil e Tupper, 1960) considerano l'aborto spontaneo come un evento psicosomatico correlato a conflittualità psichiche che trovano espressione nell'utero. Nel caso che l'aborto sia provocato è importante capire quali sono gli aspetti psichici e sociali che hanno portato a questa decisione. Di solito, a parte i casi in cui l'aspetto socio-culturale è evidente, sono donne che sono a conoscenza dei metodi contraccettivi, ma hanno una forte resistenza rispetto al loro uso. È come se queste donne volessero "rimanere incinte" per avere una conferma della loro capacità riproduttiva, ma non volessero poi il figlio: si tratta di quelle gravidanze definite senza maternità e che spesso riguardano le adolescenti (Pasini, 1975; Baldaro Verde, 1987).

Ci sono anche i casi di parto pretermine che si riscontrano soprattutto in nullipare con una storia alle spalle di aborti pregressi, che vivono forti vissuti di paura di perdere il bambino e si sentono incapaci di "trattenere dentro di sé" il feto (Riva Crugnola, 1987). Di solito sono donne che non sono state capaci di fantasticare e rappresentarsi il bambino, che è stato immaginato sempre come altro da sé. In questo senso, il parto anticipato viene vissuto dalle donne come un'esperienza mai avvenuta, un compito rimasto incompiuto. Sono donne che non hanno modo di farsi carico dell'identità materna e questo si esprime nel post-partum con un atteggiamento svalutativo nei confronti del codice materno e positivo verso la tecnicizzazione (come le cure intensive, le incubatrici e via dicendo) che può sostenerle e che può prendersi cura del bambino al posto loro. Infine, la preeclampsia viene definita come una sindrome multifattoriale che si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza caratterizzata da proteinuria e ipertensione. Nei casi più gravi possono presentarsi crisi convulsive (eclampsia), se non addirittura morte della paziente e del bambino.

La patogenesi di questa sindrome non è ancora definita, anche se sembra avere carattere concausale: più spesso ischemia placentare e/o eccesso di alcuni corticosteroidi. Per quanto riguarda l'eziologia, sono state avanzate diverse ipotesi, anche se quella che sta prendendo maggiore sopravvento è quella psicosomatica: una situazione psichica, caratterizzata in particolare da forte ansia, può essere causa di una abnorme stimolazione simpatica, la quale a sua volta provoca una vasocostrizione dei

vasi uterini o altri eventi nel corpo materno (Myers, 1979), con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina. È stato anche riscontrato che la preeclampsia si presenta in particolare in gravide che presentano maggiori disturbi psichici o con rapporti di coppia insoddisfacenti. In particolare sono donne ansiose, non in grado di rapportarsi con il loro problema o di verbalizzare le ansie e le paure che provano: cioè, con tratti Alessitimici.

In conclusione, possiamo dire che rimane ancora aperta la questione relativa all'incidenza delle emozioni in gravidanza (Maggioni, Mimoun, 2003): particolari e difficili elaborazioni delle emozioni possono essere all'origine della maggior parte delle patologie gravidiche. Il parto è il momento in cui avviene il primo incontro "vis-a-vis" tra madre e bambino, un incontro però carico di ambivalenze. Se da un lato c'è la gioia di vedere finalmente il proprio bambino, di poterlo tenere tra le braccia, accarezzarlo direttamente (e non più solo attraverso la propria pancia), dall'altro il bimbo rappresenta anche l'emblema del dolore, quel dolore fisico, viscerale che può aver comportato non indifferenti cambiamenti della propria corporeità e che ha accompagnato il travaglio. Questo momento di ambivalenza porta con sé forti ansie, dolore e stress che sappiamo possono indurre nella gestante cambiamenti fisiologici a livello endocrino, cardiocircolatorio, respiratorio e metabolico (Ferrari e Frigerio, 1998).

Dalla letteratura, soprattutto di orientamento psicoanalitico, emerge che il parto corrisponde alla conclusione della terza fase della gravidanza (Pines, 1972, 1982; Raphael-Leef, 1980) e ad una nuova dimensione della maternità. È un momento caratterizzato da forti ansie dovute alla paura di morte, di distruzione del proprio corpo e del bambino. Infatti se da un lato la donna vive il parto come la possibilità di avere conferma della funzionalità del proprio corpo, della capacità di procreare, dall'altro teme un fallimento in questo senso e pertanto si sente sopraffatta da senso di inadeguatezza (Ammaniti e coll., 2007).

Le angosce che la partorientente vive durante il parto sono, secondo Fornari (1981), diverse e specifiche a seconda della fase che sta vivendo: durante il periodo dilatante proverebbe più un'angoscia di tipo persecutorio dovuta alla sensazione di essere distrutta, lacerata, frammentata; durante il periodo espulsivo proverebbe più un'angoscia di tipo depressivo dovuta alla paura più di far male, di danneggiare il bambino che se stessa.

La separazione biologica che esso implica rappresenta un vero e proprio punto critico che comporta necessariamente la rottura con uno stato precedente, la gravidanza, e la necessità di una riorganizzazione fisica e mentale da parte della donna: la sensazione di aver perso qualcosa di sé (Breen, 1992) anche se c'era la consapevolezza di un feto differenziato da lei, il passaggio dal "bambino immaginato" al "bambino reale" toccato e veduto (che a volte non corrisponde al primo),

la sensazione di uno “spazio vuoto” (Ferraro, Nunziante Cesaro, 1992) da dover di nuovo colmare con la ricerca di nuove soddisfazioni.

Gli ormoni del parto.

L'evento nascita viene vissuto in maniera molto diversa a seconda della cultura e dell'ambiente sociale in cui vive la donna. Il modo in cui l'evento nascita viene percepito a livello sociale influenza notevolmente l'andamento della gravidanza e del parto. L'ambiente e le modalità di assistenza influenzano il benessere di mamma e bambino. Negli ultimi 50 anni abbiamo assistito alla progressiva medicalizzazione della nascita quasi ovunque e in tutti i suoi aspetti:

- Aumento degli esami in gravidanza
- Parto in ospedale
- Allattamento artificiale

Si è cominciato a pensare che la gravidanza fosse una specie di malattia con il bisogno di sottoporla al controllo medico. Ciò è stata una reazione all'elevata mortalità materna e neonatale che si associava alla nascita fino al secolo scorso e che ancora si riscontra in molti Paesi in via di Sviluppo. In realtà ciò che porta ad una maggiore sicurezza della nascita non è dato tanto dall'uso della tecnologia medica, tranne che per quel 10% circa di gravidanze complicate da un patologia, quanto dal miglioramento delle condizioni di vita, di istruzione, di alimentazione delle donne. Inoltre l'equilibrio tra corpo e mente, inteso come sistema fluido, genera salute. Mente e corpo sono intimamente legati attraverso il sistema immunitario, il sistema endocrino e il sistema nervoso centrale. Negli ultimi anni si assiste allo svilupparsi di una nuova disciplina, la psiconeuroendocrinoimmunologia cioè la disciplina che studia l'interdipendenza del funzionamento di gruppi di sistemi all'interno del corpo. Del resto alcuni studi recenti confermano come lo svolgimento fisiologico della nascita umana sia strettamente legato, come per tutti i mammiferi, a condizioni psicologiche ed ambientali ben precise. Il travaglio in particolare è modulato dalla secrezione armonica di alcuni ormoni che ne regolano l'andamento e fanno sì che il processo si svolga nel migliore dei modi e con gli esiti migliori per madre e bambino. Secondo la definizione di Guillemin, premio nobel per le sue ricerche sul sistema ipofisi-ipotalamo, un ormone è : “una sostanza prodotta da una cellula che diventa attiva su un'altra cellula vicina o lontana”. Gli ormoni sono quindi i responsabili dell'attivazione di numerosi meccanismi e risposte del nostro corpo. Capire la relazione tra gli ormoni e le circostanze in cui vengono prodotti è fondamentale per capire le vere necessità di una donna in gravidanza e in particolare durante il

travaglio e il parto. L'ossitocina è stata definita "l'ormone dell'amore" perché sembra che venga prodotta in tutte le situazioni di coinvolgimento fisico ed emotivo: in situazioni di convivialità, durante il rapporto sessuale, quando si travaglia e si allatta. L'antagonista dell'ossitocina è una catecolamina chiamata adrenalina, ormone da tutti conosciuto come quello della paura. Una donna che produce un picco costante, anche basso, di adrenalina, non riesce a produrre l'ossitocina necessaria perché il suo corpo riesca a svolgere con sicurezza le funzioni relative alla nascita. Nonostante ormai la cultura e la mente abbiano preso il sopravvento sull'istinto, il nostro corpo tende a funzionare come agli albori della civiltà. Gli ormoni mettono in moto reazioni istintive e rapidissime, per esempio quella di attacco o fuga. La donna in travaglio che milioni di anni fa si trovava nella savana di fronte a un leone aveva solo due possibilità: smettere di travagliare e fuggire o partorire in fretta prendere in braccio il neonato e...fuggire. Nella prima fase del travaglio una reazione di paura antagonizza, cioè ostacola, la produzione di ossitocina (l'ormone che regola le contrazioni) per cui il travaglio stesso può rallentare moltissimo o addirittura bloccarsi.

Nella seconda fase del travaglio, quella "espulsiva", la produzione improvvisa di catecolamine può affrettare di molto la nascita. Dopo anni di medicalizzazione sempre più estesa della nascita sono pochi quelli che ancora si ricordano, o coltivano le conoscenze, di come avviene la nascita "indisturbata".

Le necessità di una donna in travaglio per il libero e armonico fluire della secrezione ormonale sono:

- Silenzio
- Intimità
- Calore (ambientale e umano)
- Luci basse
- Rispetto dei tempi e delle modalità personali

La gestione medicalizzata del travaglio e del parto comporta spesso:

- Domande all'ingresso (stimolazione della neo-corteccia)
- Sconosciuti (paura – adrenalina)
- Freddezza – freddo
- Posizioni forzate – immobilità
- Troppe persone o solitudine
- Uso inappropriato della tecnologia

- Dolore iatrogeno – analgesia
- Separazione dal bambino (nessuna gratificazione)

Studi recenti ben disegnati, confermano che l'ansia presente in gravidanza può incidere sulla presenza di complicazioni al momento del parto (prolungate ore di travaglio, nascita pre-termine e aborti spontanei; Levey et al., 2004; Reck et al., 2010) e sul funzionamento neuro-comportamentale del feto (Di Pietro et al., 2003; Field et al., 2003).

La condivisione dell'esperienza tra donne porta al:

- Racconto della nascita come evento traumatico
- Ormai percepito come trauma necessario e inevitabile per ottenere “sicurezza”
- Aumento dei tagli cesarei su richiesta: “per paura di soffrire”

Il parto come esperienza di “empowerment”

- La nascita fisiologica produce esiti positivi dal punto di vista della salute fisica e emotiva
- Il dolore fisiologico offre protezione
- Il parto fisiologico produce gratificazione intensa
- La nascita fisiologica porta al potenziamento delle risorse personali e dell'autostima

Rivalutare e conoscere le implicazioni della psiche e della secrezione ormonale necessaria per il miglior svolgimento possibile dell'evento nascita, porta a notevoli cambiamenti in positivo del vissuto delle donne riguardo al loro corpo, delle loro capacità e della relazione con il bambino.

Il dolore del parto provoca una risposta ormonale capace di far progredire fisiologicamente il travaglio fino alla nascita del bambino.

Studi epidemiologici riportano come la presenza di disturbi d'ansia sia particolarmente comune nella popolazione femminile, interessando circa il 30% delle donne nel loro arco di vita (Kessler, 1994). L'ansia si presenta spesso in comorbilità con il disturbo depressivo (Rapee, 2001) e, recentemente, un crescente numero di studi evidenzia come tenda spesso ad accompagnarsi alla depressione proprio in epoca perinatale (Andersson et al., 2003; Evans et al., 2001; Heron et al., 2004; Reck et al., 2008).

Nonostante ciò, la maggior parte delle ricerche che si è concentrata sulla problematiche psichiatriche nella popolazione femminile in epoca perinatale si è focalizzata sulla patologia depressiva, mentre solo scarsa attenzione è stata dedicata alla presenza di disturbi ansiosi ed alle modalità in cui essi possono influenzare il processo di transizione alla genitorialità (Ross et al., 2003).

Essendo un ambito di studio in espansione, le linee di ricerca attualmente si muovono su più livelli; se da una parte si evidenzia la stima dell'incidenza dei disturbi ansiosi prima e dopo il parto, dall'altra si delineano indagini più specifiche volte all'individuazione dei fattori di rischio e alla valutazione dei possibili effetti negativi sul parto, sulla relazione col bambino e sullo sviluppo di quest'ultimo.

Recenti studi e metanalisi evidenziano come elevati livelli di ansia in gravidanza incrementino in modo significativo il rischio di sviluppare una patologia depressiva nel periodo post-partum; infatti, a fronte di numerosi altri stressors, di natura psicosociale, l'ansia legata in maniera specifica alla gravidanza ha mostrato di essere un forte predittore del disturbo depressivo postnatale (Austin et al., 2007; Beck, 2001; Heron et al., 2004; Matthey, 2004; Milgrom et al., 2008; Robertson et al., 2004).

Gli ormoni più importanti sono: ENDORFINE, OSSITOCINA ed ADRENALINA.

Le endorfine, “gli ormoni dell'amore”, vengono secrete in risposta allo stress fisico e al dolore del travaglio e funzionano come analgesici naturali, inibendo lo stimolo dolorifico in entrata al sistema nervoso centrale.

L'effetto analgesico delle endorfine crea un senso di benessere che concorre a promuovere il cosiddetto “*bonding*”, ovvero il processo di attaccamento della madre al bambino e alle sue necessità, ma promuove anche sentimenti di soddisfazione, autostima, forza interiore, sicurezza e “voglia di ripetere l'esperienza”, nonché quell'importantissimo “effetto dimenticante” che permette di non ricordare in maniera vivida gli aspetti negativi del parto (fatica e dolore).

Senza dolore, si minimizza la produzione delle endorfine e quindi gli effetti benefici.

L'ossitocina è in parte responsabile dei cambiamenti ormonali a livello della placenta e nella madre che originano i prodromi del travaglio, ovvero quell'attività contrattile poco dolorosa ed irregolare che prepara l'utero al travaglio vero e proprio.

Durante il travaglio attivo, invece, il dolore provocato dalla contrazione e dalla pressione della testa del bambino sul collo dell'utero provoca una secrezione a picco di adrenalina e, di conseguenza, di ossitocina. Questa risposta ossitocica intermittente, accompagnata dalla secrezione contemporanea di endorfine e precursori delle prostaglandine, è responsabile del graduale aumento dell'attività contrattile e del suo regolare mantenimento durante il travaglio.

Per garantire questa delicata intermittenza ormonale è necessario riuscire a rilassarsi nella pausa tra due contrazioni, permettendo all'organismo di prepararsi alla contrazione successiva e al successivo picco di adrenalina e ossitocina, in un'armoniosa alternanza di contrazione e distensione.

Stress, ansia, paura o imbarazzo stimolano l'emissione cronica (e non più a picco) dell'adrenalina, con conseguenze sulle contrazioni che diventano irregolari e meno efficaci a causa del mancato picco di ossitocina e sul collo uterino che diventa rigido e contratto e fatica a dilatarsi.

L'uso di farmaci analgesici, poi, provoca un intorpidimento delle aree sensibili all'azione dell'ossitocina, così come l'uso di ossitocina esogena rende meno efficace quella autoprodotta.

L'episiotomia (il "taglietto che viene fatto a livello perineale per facilitare la fuoriuscita della testa del bambino), riduce la distensione del perineo, uno dei maggiori stimoli per la produzione di ossitocina, diminuendone l'effetto protettivo dalle emorragie post-parto.

La medicalizzazione del parto, la mancanza di intimità e privacy, le visite frequenti, la presenza di troppe persone in sala parto, di luci e rumori forti, le distrazioni e le interruzioni, la mancanza di un buon sostegno...sono tutte situazioni che aumentano il rilascio di adrenalina, con ripercussioni sul rilascio degli altri ormoni che regolano il proseguimento del travaglio.

Le conseguenze sono il rallentamento del travaglio e l'aumento della percezione del dolore!

Un ambiente confortevole e accogliente, la presenza di poche persone scelte, pochi rumori, una musica dolce, luci soffuse, la possibilità di scelta e movimento, l'informazione e la preparazione al parto, nonché il sostegno di persone capaci ed accoglienti, possono invece facilitare lo scorrere del travaglio, perché favoriscono l'armonioso equilibrio ormonale che regola il travaglio e conduce alla nascita!

La donna gravida ha una sensibilità di solito particolarmente accentuata, quindi è senz'altro uno dei soggetti meglio disponibili e più recettivi al procedimento ipnotico. Accanto a emozioni di gioia e di felicità vi sono anche preoccupazione, paura, talvolta rabbia che inducono sbalzi emotivi

piuttosto importanti (ai quali contribuiscono anche gli sbalzi ormonali). L'ipnosi ci fornisce lo strumento non solo per diventare consapevoli dell'integrazione mente-corpo, ma essa ci aiuta anche a intervenire attivamente modificando alcune risposte dell'organismo e con il solo esercizio dell'intenzione. Grazie a forme di rilassamento profondo, è possibile sintonizzare la coscienza sulla lunghezza d'onda alla quale mente e corpo comunicano e consentirle di partecipare attivamente al dialogo.

Si chiede alla paziente di collaborare attivamente alla nascita del bambino con modalità che favoriscono la conoscenza e il controllo del corpo; Erikson non ha mai insegnato l'ipnosi, diceva *“potete inventarla modellandola sul paziente, con la finalità di orientarlo verso le sue soluzioni”*.

PROGETTO DI STUDIO

QUESITO DELLO STUDIO:

La presente ricerca si propone di indagare se può essere strumento utile insegnare alle gravide oltretermine la tecnica di autoipnosi dando come ipotesi che la paura e l' ansia nella gravida ritardi l'insorgenza del travaglio di parto.

METODOLOGIA DI RICERCA:

La letteratura scientifica è stata reperita consultando

- Banche dati bibliografiche: MEDLINE su sito PubMed, applicando un filtro relativo alla ricerca di documenti di RS e LG, TRIP database;
- Banche dati di RS: Cochrane database of Systematic Review (CDSR) della Cochrane Library, e Database of Abstract of Review of Effects (DARE) del Centre of Review and Dissemination dell'Università di York, Joanna Briggs Institute, OBGYN. Net, MATWEB, MIDIRIS, ACNM;
- Banche dati di LG: National Guideline Clearinghouse, New Zealand guidelines group, SIGN, CMA, SNLG, MEDLINE.
- Altri Siti:
 - SII Società Italiana Ipnosi: www.hypnosis.it
 - SMIPI Società Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi: www.smipi.it
 - SIPSICO Società italiana di psicotecnica: www.sispsico.it
 - SIIPE Società Italiana di Ipnosi e psicoterapia Eriksoniana: www.scuolaipnosi.org

I termini MeSH e le seguenti parole chiave usate sono state:

- (“hypnosis” MeSH Terms) OR “hypnosis” All Fields AND POSTTERM All Field AND “pregnancy” MeSH Terms OR “pregnancy” All Field)

E' stata inoltre effettuata la ricerca di metanalisi di RCT sul Database Cochrane e in TRIP database e in DARE inserendo come criteri di ricerca i termini:

- HYPNOSIS AND POSTTERM PERGNANCY

Esiti di ricerca

- Ellen L. Mozurkewich, Julie L. Chilimigras, Deborah R. Berman, Uma C. perni, Vivian C. Romero, Valerie J. King and Kristie L. Keeton “*Methods of induction of labour: a*

systematic review” BMC Pregnancy & Childbirth 2011, 11:84
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/84>;

- Haim Omer and Avi Sirkovitz “*Failure of Hypnotic Relaxation in the Treatment of Postterm Pregnancies*” Psychosomatic Medicina Vol. 49:606-609 (1987)

Analisi e risultati principali:

Uno studio quasi-randomizzato di rilassamento ipnotico per induzione del travaglio in gravidanze post-termine. 49 donne sono state trattate contro un numero uguale con nessun intervento. Lo studio si conclude che non ci sono significative differenze nei tempi del parto entro le 24 ore. Non c’era nessun altra informazione sugli effetti del rilassamento ipnotico. Dati insufficienti per conclusione.

METODO

Si tratta di una ricerca esplorativa di tipo longitudinale che prevede due fasi:

- La prima fase ha come obiettivo di rilevare in tutte quelle gestanti oltretermine che hanno aderito alla ricerca se sono state in grado di apprendere la tecnica insegnatole in una sola seduta;
- Se l'inizio del travaglio è avvenuto prima dell'induzione programmata;
- L'andamento del travaglio
- Il tipo di parto

STRUMENTI

Lo studio si prefigge quindi di insegnare in una sola seduta la tecnica di autoipnosi a gestanti oltretermine il giorno prima del programmato ricovero per induzione farmacologia del travaglio di parto, in modo che queste possano nell'arco di 24 ore applicare diverse volte tale tecnica al fine di diminuire ansia e paure che ipoteticamente potrebbero ostacolare l'inizio spontaneo del travaglio di parto.

I dati poi sono stati raccolti tramite l'analisi del partogramma, della scheda di sorveglianza dell'induzione farmacologica al travaglio di parto e dalla cartella clinica (vedi allegati).

I dati raccolti in schede excel (allegate) sono stati analizzati con tecniche di statistica di base e formulati in forme grafiche.

Procedura e criteri di scelta per il campione

Lo studio è stato proposto a tutte le gravide oltretermine che si sono recate presso l'Ambulatorio Gravidanza a Termine (GAT) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, dopo aver avuto il consenso da parte del Responsabile del Settore. Si è condiviso con il personale esercitante negli ambulatori un luogo tranquillo attiguo all'ambulatorio GAT. E' stato individuato un campione di nullipare e uno di pluripare con gravidanza a basso rischio e con assenza di patologia psichiatrica, di nazionalità italiana (o residenti in Italia da un periodo sufficiente per avere la garanzia di una buona comprensione della lingua), di età compresa tra i 20 e i 40 anni. Le donne sono state adeguatamente informate sugli scopi della ricerca e reclutate previo consenso, la partecipazione era volontaria.

La seduta è stata eseguita durante l'incontro programmato il giorno precedente al ricovero per l'eventuale induzione, è avvenuta in presenza solo della sottoscritta con durata in media di circa 20 minuti.

Durante la seduta la gestante impara a concentrare la propria attenzione verso il proprio interno, focalizzandosi sulle sue sensazioni corporee e distaccandosi dalla realtà affinando in tal modo le sue capacità.

La seduta termina con l'indicazione di effettuarla diverse volte durante la stessa giornata.

ANALISI STATISTICHE

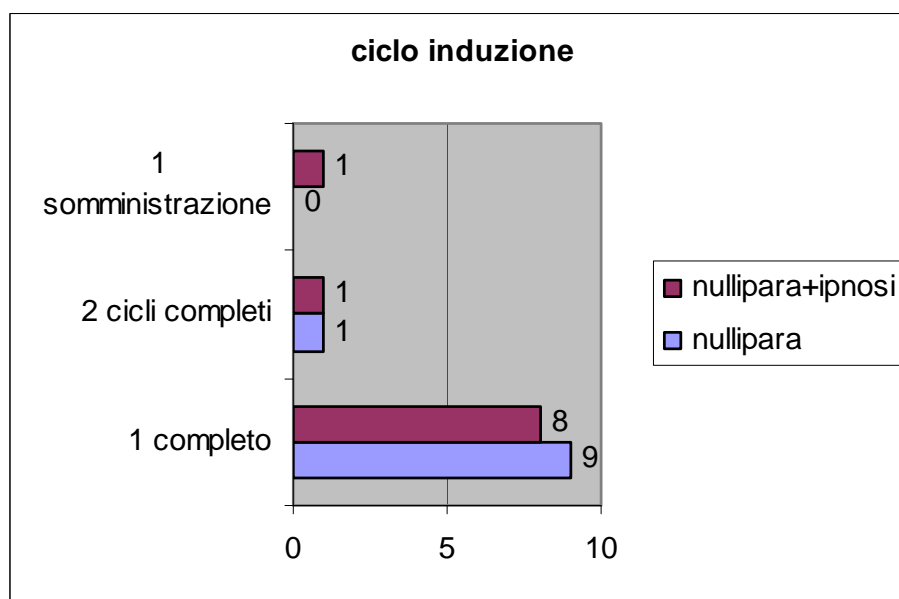
Lo studio è stato proposto a 54 gestanti in occasione dell'incontro informativo pre-induzione eseguita presso l'ambulatorio gravidanza a termine dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Sono state individuate solo quelle donne rispondendo ai criteri di selezione. Hanno accettato di partecipare alla ricerca 42 donne (77,77%): di cui due hanno dichiarato poi al ricovero di non aver poi eseguito la tecnica a domicilio. Il campione finale è pertanto composto da 40 gestanti (il 74.07%). Il campione è stato poi diviso in due gruppi nullipare e pluripare e solo parte uguale di un gruppo e parte uguale dell'altro sono state edotte all'autoipnosi per poi confrontarne i dati.

L'età media dei soggetti è di 31.5 nelle nullipare e 31.6 nelle pluripare (con un range 24-39). La maggior parte delle donne (70%) è di nazionalità italiana. Per quanto riguarda il titolo di studio, la maggior parte delle donne ha un diploma di scuola media superiore (40%) o di laurea (40%); il restante 20% ha un diploma di scuola media inferiore (15%) e scuola elementare (5%).

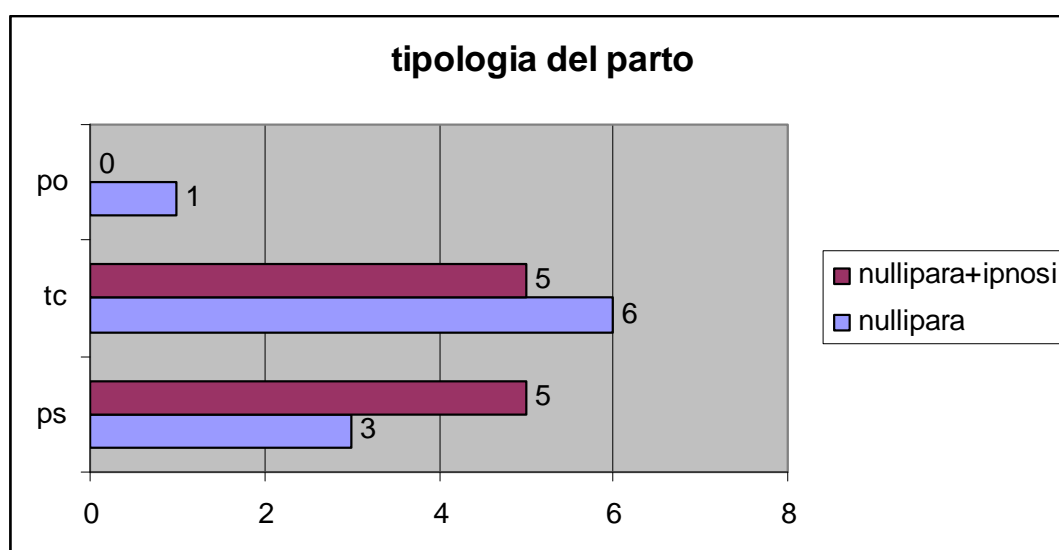
Inoltre, la maggior parte delle donne (50%) svolgono un'attività impiegatizia, il 9,7% un'attività operaia, il 6,5% la libera professione, l'1,6% un'occupazione part-time, il 4,8% sono casalinghe e l'1,6% sono disoccupate. Il restante 25,8% indicano professioni di vario genere.

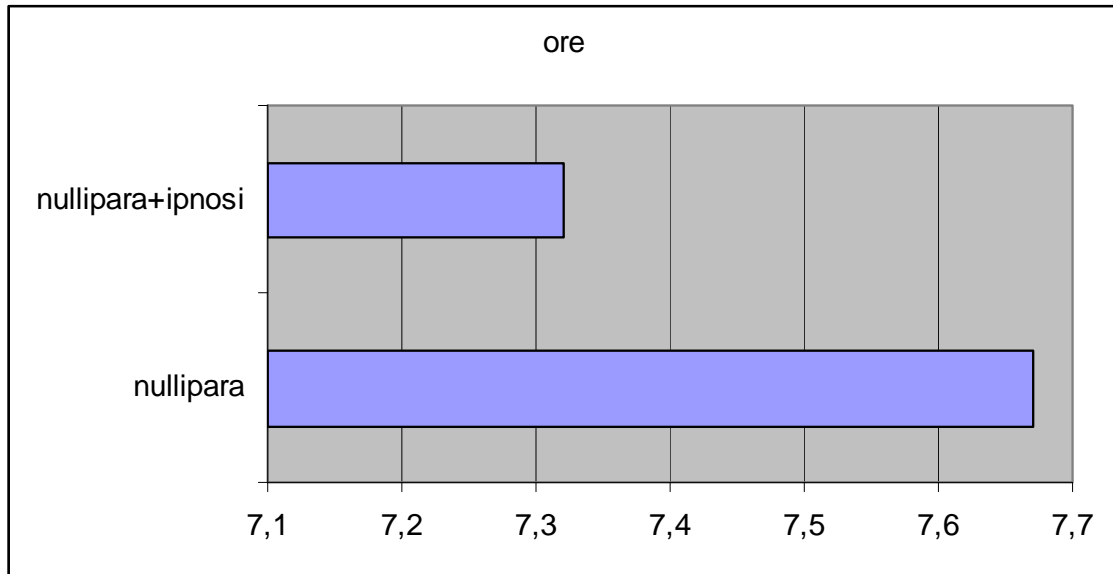
Tutte le donne risultano avere una situazione familiare stabile anche se il 45% risulta nubile sono comunque conviventi.

ANALISI STATISTICA NULLIPARE



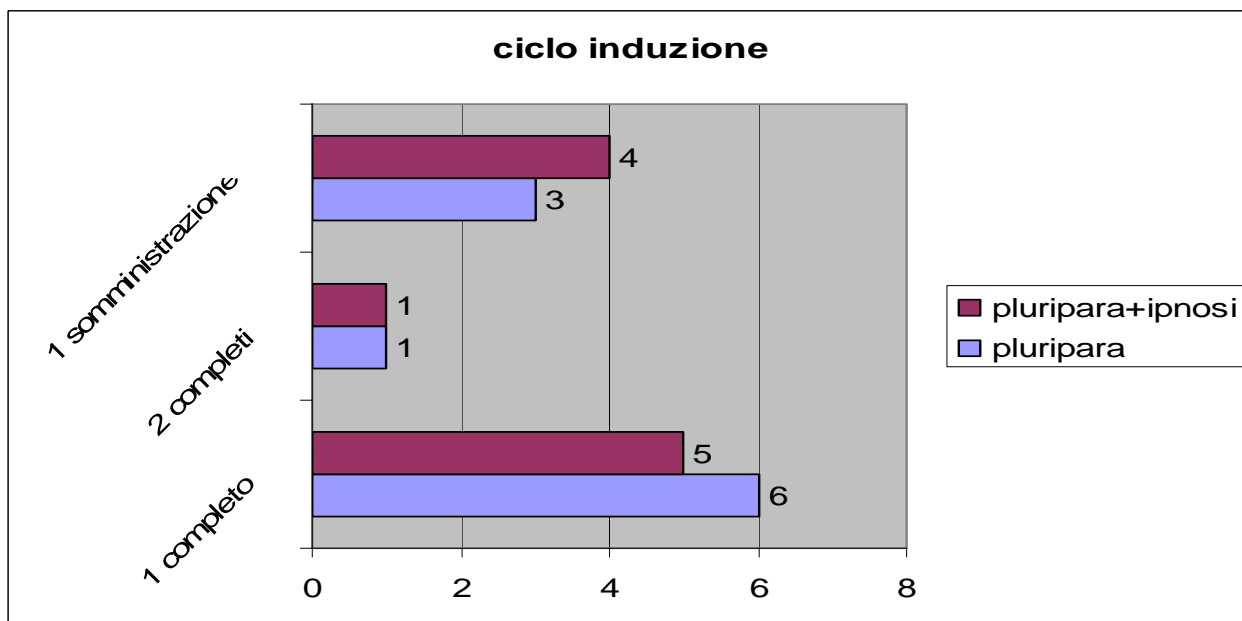
Sia nel gruppo sperimentale (8%) che in quello di controllo (9%) per la maggior parte delle gestanti è servito 1 ciclo di induzione per poter avviare un travaglio attivo che si è concluso per il gruppo di controllo il 6% a taglio cesareo contro il 5% del gruppo sperimentale; un piccolo segnale positivo riguarda lo 0% dei parti operativi ed il 5% di parti spontanei nel gruppo sperimentale contro rispettivamente l'1% ed il 3% del gruppo di controllo.



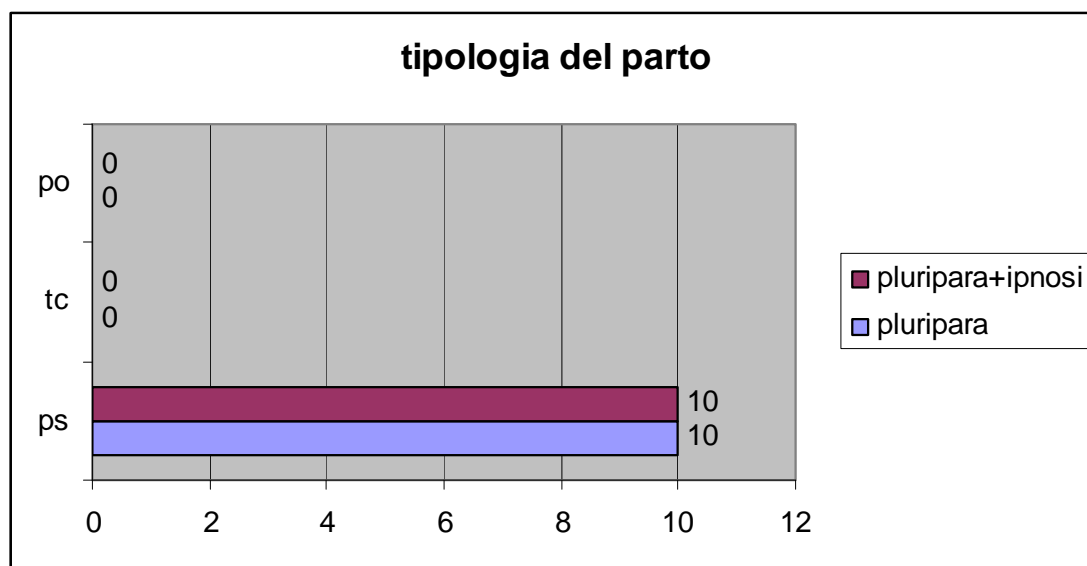


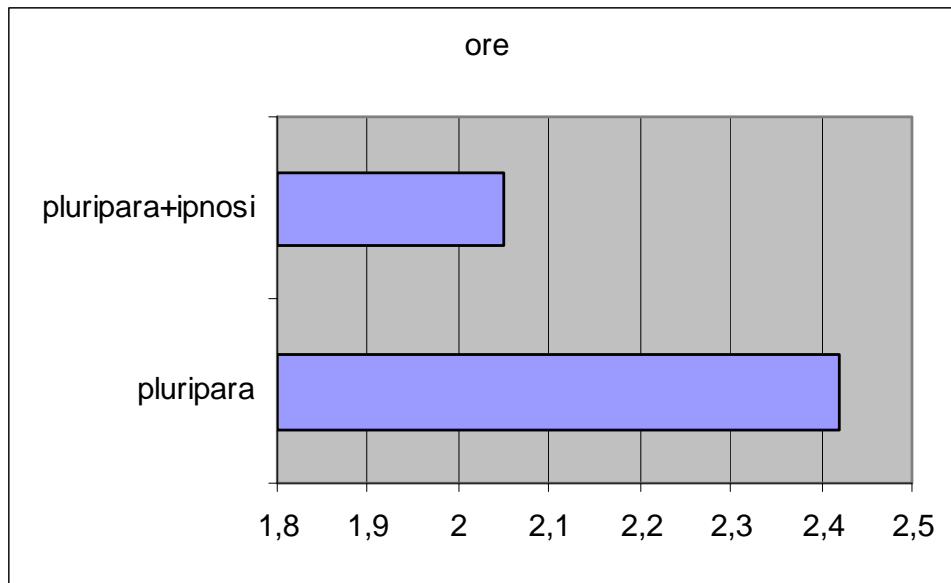
Si evidenzia, inoltre, una differenza di minore durata del travaglio di parto nel gruppo sperimentale in media di 30-35 minuti.

ANALISI STATISTICA PLURUPARE



Sia nel gruppo sperimentale (5%) che in quello di controllo (6%) per la maggior parte delle gestanti è servito 1 ciclo di induzione per poter avviare un travaglio attivo che si è concluso in entrambi i gruppi al 100% con un parto spontaneo.





Si evidenzia, inoltre, una differenza di minore durata del travaglio di parto nel gruppo sperimentale in media di 35-37 minuti.

CONCLUSIONI

In conclusione si ricorda come questo studio abbia avuto a che fare con il rilievo di dimensioni complesse, non facilmente coglibili da strumenti psicometrici quali quelli imposti dalle risorse a disposizione in un contesto globale, quale quello ospedaliero, che ha presentato enormi difficoltà. Si è inoltre dovuto prendere in considerazione un campione molto selezionato, sia per l'azzeramento di alcune variabili sia soprattutto per la disponibilità di un determinato luogo di reclutamento, e con una numerosità limitata delle risorse a disposizione; pertanto i risultati non sono generalizzabili a tutta la popolazione e la ricerca è da considerare uno studio pilota in questo campo, che attende conferme, perfezionamenti di procedure, e maggiori risorse quanto a metodologie di rilievo. Inoltre, come è emerso anche da questi risultati, l'area da indagare è veramente complessa, composta da variabili molto diverse tra di loro ma nello stesso molto interrelate. L'evoluzione del concetto stesso di psicosomatica ci dà un esempio di questo. Innanzitutto, la difficoltà di scegliere degli strumenti che siano per lo più esaustivi di questa complessità, senza però "appesantire" troppo i soggetti del campione, sapendo che per loro stessa natura essere invece limitati. La scelta di usare una tecnica di autoipnosi pre-induzione per modulare variabili psicologiche che concorrono a determinare la complessità del processo della maternità è un grosso limite in quanto, come sappiamo, sono "soggetti a processi difensivi difficilmente controllabili" (Solano, 2005). Così come limitati sono gli indici relativi alla scheda parto, indici considerati oggettivi dalla comunità scientifica, ma che per loro stessa natura sono "me-diati" (Imbasciati, 2008) da chi li ha osservati prima, dagli strumenti di rilevazione, da chi li ha riportati dopo. Tra l'altro una lettura psicosomatica, soprattutto in una situazione di "normalità", così come non era caratteristica del nostro campione di partenza, è quanto mai difficile. Sarebbe necessario poter avere una situazione in cui la donna sia "libera" di avere un parto fisiologico, di seguire non i tempi dei protocolli che guidano le procedure mediche, ma i propri e quelli del bambino in pancia che dovrebbe non tanto "essere spinto fuori", quanto "lasciato uscire" (Vegetti Finzi, 2007). Allora, solo in questo modo si potrebbe veramente capire quanto i processi relazionali, affettivi possono influenzare l'andamento e l'esito del parto, del puerperio e del primo sviluppo del bambino. Infatti, l'idea che sta emergendo è quello di un feto "in grado di nascere" e che concorre all'andamento della gravidanza e del parto (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). È solo se la madre è stata capace di creare un dialogo, un rapporto con il suo bambino in pancia, se è stata in grado di sintonizzarsi con lui, di riconoscerlo come parte distinta da sé e degna di amore, che si potrà avere una coordinazione reciproca durante sia la gravidanza che il parto. Questa sintonizzazione, questa relazione prenatale sarà poi la base di quella che avviene a livello neonatale (Brazelton e coll., 1991).

DISCUSSIONE

In un recente Congresso Nazionale “Ostetricia: EBM E OLTRE Le prove da sole non prendono decisioni” tenutosi a Bologna, vengono discussi diversi dati riguardanti le indicazioni all’induzione del travaglio di parto che riporto di seguito.

Con il termine induzione del parto si fa riferimento a una procedura che viene messa in atto per interrompere lo stato di gravidanza provocando con mezzi idonei l’insorgenza artificiale del travaglio. Da un ottica generale l’indicazione all’induzione corrisponde a una situazione in cui il proseguimento dello stato di gravidanza si configura come una situazione di rischio per il feto o eccezionalmente, per la madre. Esiste un rischio che si presume in evoluzione di entità tale però da non controindicare il parto per le vie naturali.

E’ tuttavia implicito nel concetto di rischio in evoluzione che il tempo idoneo all’espletamento del parto abbia un limite cronologico che può essere diverso a seconda della indicazione. Superato questo termine, la probabilità di ottenere un esito favorevole mediante un parto per le vie naturali diventa molto più bassa ed è immaginabile che tale condizione possa invece essere raggiunta solo mediante l’esecuzione di un taglio cesareo. La semplice osservazione degli eventi non seguita dall’azione anche dopo il superamento dei termini cronologici può invece comportare un deterioramento irreversibile delle condizioni fetali e un esito di tipo avverso.

Una linea guida articolata dovrebbe concretizzarsi in protocolli comportamentali diversi a seconda della indicazione che sottende la procedura dell’induzione. L’induzione al parto può essere elettiva o indicata; l’indicazione è dovuta a complicanze fetali insorte durante la gravidanza e più raramente a problemi materni.

Il range mondiale che comprende 24 paesi, 374 maternità e 300000 parti varia da 1,4% in Nigeria a 35,5% SriLanka; con un trend in aumento e modifica delle indicazioni.

In Italia EURO-PERISTAT dimostra:

- INDUZIONI 17,8%:
 - Campania 2,4%
 - Veneto 27,9%
- TC 38%:
 - Campania 59,6%
 - Veneto 29,5%

In Emilia Romagna le induzioni del 2011 secondo Baronciani et al. Rapporto nascita 2011 le modalità del parto:

- Travaglio spontaneo 59,4%
- Travaglio indotto 21,0%
- No travaglio (TC elettivi o urgenti prima del travaglio) 19,7%
- Escludendo i TC senza travaglio- Travaglio indotto 26,1%

Sempre tale Rapporto dimostra il trend in aumento dei travaglio indotti e parti pilotati dal 2003 al 2011 quindi da 21,1% a 26,1% per il primo a 9,0% a 16,9% per i parti pilotati.

Lunga ed interessante discussione sulle indicazioni che portano a questo tipo di trend descritto con l'evidenza che la prima causa di induzione è la Prom e si propone una grande attenzione al range che si trova fra parentesi che dimostra con evidente certezza che ogni singola unità operativa della Regione ha propri comportamenti.

Indicazioni CedAP anno 2011:

- Prom 30,5% (15,5% - 48,3%)
- Gravidanza protratta 26,2% (13% - 79%)
- Oligoidramnios 16,8% (2,1% - 29,3%)
- Patologia materna 18,2% (3,3% - 40,2%)
- Patologia fetale 8,3% (1,4 - 30,1%)

Altra riflessione associata ci offre l'analisi statistica per quanto riguarda la modalità parto per motivo dell'induzione dove trova macroscopicamente le seguenti percentuali:

- Vaginale non operativo 74,1%
- Operativo 6,0%
- Cesareo 19,9%

All'analisi delle singole indicazioni troviamo che la Prom ha percentuale più bassa per quanto riguarda il parto operativo e cesareo e la più alta nel parto vaginale non operativo.

PROPOSTA

Concludendo si può affermare che l'attuale care, rivolta soprattutto alla medicalizzazione del parto, è responsabile di limitazioni fisiche, di informazioni forvianti e di dettare tempi innaturali, favorendo così l'insorgere di un maggior stato d'ansia.

Servono approcci alternativi ma il sistema non è organizzato come "amico della donna"; è necessaria più attenzione alla complessità, valutare precedenti e contesto. L'attuale modello della salute è un approccio che mortifica l'espressione individuale.

Servirebbe un'integrazione tra il concetto biomedico di salute e quello sociale-relazionale, favorendo l'empowerment della persona. Il sistema a cui auspichiamo è un sistema che accompagna la donna e la coppia nell'informazione e nell'assistenza personalizzata, che valorizzi l'esperienza dei futuri genitori e che permetta la fortificazione della propria consapevolezza di scelta.

Studi futuri, oltre che concentrarsi su un campione numericamente più ampio di gravidanze protratte, potrebbero anche essere rivolti ad un arruolamento prima dell'oltre-termine, con sensibilizzazione verso tecniche alternative (ipnosi, shiatzu, vocoanalgesia, massaggi, aromaterapia, musicoterapia, ecc) ai corsi di accompagnamento alla nascita al fine di crescere l'autostima e la consapevolezza della forza del proprio IO, per raggiungere in armonia il termine di gravidanza preparandosi così ad affrontare il travaglio serenamente e vivere concretamente il valore del parto.

Per rispondere al quesito della nostra tesi e rilanciare la ricerca, a questo punto sorge una riflessione:

“ potrebbe essere utile pensare di educare le gravide a termine che si servono dell'autoipnosi durante tutta la gravidanza, a modificare il loro training aggiungendo la visualizzazione dell'utero che contrae e si rilassa ...come un respiro....inspirazione/espansione....espirazione/contrazione... perché il respiro è sorgente di vita...!”

Bibliografia e Sitografia

- Ellen L. Mozurkewich, Julie L. Chilimigras, Deborah R. Berman, Uma C. perni, Vivian C. Romero, Valerie J. King and Kristie L. Keeton “*Methods of induction of labour: a systematic review*” BMC Pregnancy & Childbirth 2011, 11:84 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/84>;
- Haim Omer and Avi Sirkovitz “*Failure of Hypnotic Relaxation in the Treatment of Postterm Pregnancies*” Psychosomatic Medicina Vol. 49:606-609 (1987)
- Randaccio S., De Padova M. *Aspetti emozionali: modificazioni psicologiche in gravidanza una medicina a misura di donna*. CIC Edizioni
- Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM. *Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women’s anxiety* (Review) Cochrane Collaboration 2011
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3
- Simkin PP, O'Hara M. *Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods*. Am J Obstet Gynecol 2002;186:131-59]
- Chang MY, Wang SY, Chen CH. *Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan*. J Adv Nurs 2002;38:68-73]
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. *Position for women during second stage of labour* (Cochrane Review). Date of most recent amendment: 12 November 2003. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd]
- Lewis L, Webster J, Carter A, McVeigh C, Devenish-Mearns P. *Maternal positions and mobility during first stage labour* (Protocol for a Cochrane Review). Date of most recent substantive amendment: 26 August 2002. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
- Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. *Hypnosis or pain relief in labour and childbirth: a systematic review*. Br J Anaesth 2004;1-7
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4
- Smith, CA; Collins, CT; Cyna, AM; Crowther, CA. *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1 / Mantle F. The role of hypnosis in pregnancy and childbirth. In: Tiran D, Mack S eds. Complementary therapies for pregnancy and childbirth. Bailliere Tindall 2000: 215-24

Letture

- Bion W.R.: (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- Brazelton T.B., Cramer B.G.: (1991) *Il primo legame*. Frassinelli.
- Caplan G.: (1961) *An approach to community mental health*. Grune and Stratton, New York.
- Ciccone A., Lhopital M.: (1991) *La nascita alla vita psichica*. Borla, Roma, 1994.
- Deutsch H.: (1945) *Psicologia della donna*, vol 2. *La donna adulta e la madre*. Bollati e Boringhieri, Torino, 1977.
- Di Cagno L., Lazzarini A., Randaccio S., Rissone A.: (1984) *Il neonato e il suo mondo relazionale. I primi quattro giorni di vita*. Borla, Roma
- Pines D.: (1972) *Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality*. British Journal of Medical Psychology, 45: 333-343.
- Pines D.: (1977) *On becoming a parent*. The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, vol 15, n 2.
- Stern D.E., Bruschiweiler-Stern N.: (1998) *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Mondadori, Milano, 1999.
- Winnicott D.W.: (1964) *Il bambino e il mondo esterno*. Giunti-Barbera, Firenze, 1974.
- G.Farano / G.Colciaghi . : *Partorire Sognando* (L'Ipnosi : un test per vivere meglio la gravidanza e il parto"). Collana Le Comete - Ed. Franco Angeli., 2003
- D.Allison, *Musicoterapia in gravidanza*, in Casi clinici di Musicoterapia a cura di K.E.Brusica, Ed. ISMEZ, Roma 1995
- E.Benassi *Partorire e nascere in musica*, in La nascita come evento, Vita dell'infanzia, Luglio/agosto 1996, anno XLV, n°6, Roma.
- Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A. *Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review*. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:169-75
- Carroll D, Moore R A, Tramer M R, McQuay H J. *Transcutaneous electrical nerve stimulation does not relieve labor pain: updated systematic review*. Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynecology; 1997:195-205
- Sergio Messini, *Aromaterapia in Ostetricia*. ATTI della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia. Vol. LXXXIII.
- Agneta Ramnero, Ulf Hanson, Mona Kihlgren. *Acupuncture treatment during labour—a randomised controlled trial*. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. June 2002, Vol. 109, pp. 637–644
- Skilnand E, Fossen D, Heiberg E. *Acupuncture in the management of pain in labor*. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:943-8

- Lee H, Ernst E. *Acupuncture for labor pain management: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol 2004;191:1573-9
- P. Greppi, L. Olivadoti, L. Fornaro, M.T. Pignari, E. Minelli, N. Natale, *L'analgesia in travaglio di parto: la idropuntura*, UO Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale A. Manzoni, Lecco.
- Piscicelli U., 1991, *Training Autogeno Respiratorio e psicoprofilassi ostetrica*, Piccin.
- Read D.G., 1944, *Childbirth without fear*, Harper, N.Y.
- Malvagna E., 2008, *Partorire senza paura*, Red Edizioni
- Cluett E.R. (2009), *Immersion in water in labour and birth*.
- Thoeni A. et al. (2010), *Water birthing: retrospective review of 2625 water births. Contamination of birth pool water and risk of microbial cross-infection*.
- AA vari (2006): *Onorare la madre*, Quaderno di D&D n. 1, SEAO ed. Firenze
- Bottaccioli F. (1996): *Psiconeuroimmunologia*, Red. Edizioni, Como
- Schmid V. (2005): *Venire al mondo e dare alla luce, percorsi di vita attraverso la nascita*, Apogeo ed. Milano
- Schmid V. (2007): *Salute e Nascita, la salutogenesi in gravidanza*, Apogeo ed. Milano
- Schmid V. (1998/2008): *Il dolore del parto*, SEAO ed. Firenze
- Schmid V. (2008): *Il coping del bambino prima, durante e dopo la nascita, il ruolo del cortisolo negli imprinting perinatali*, D&D n. 60, marzo 2008, pp 29 – 35
- Madrid A, Giovannoli R, Wolfe M. *Treating persistent nausea of pregnancy with hypnosis: four cases*. Russian River Counselors, Monte Rio, California 95462, USA. madrid@sonic.net