

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE

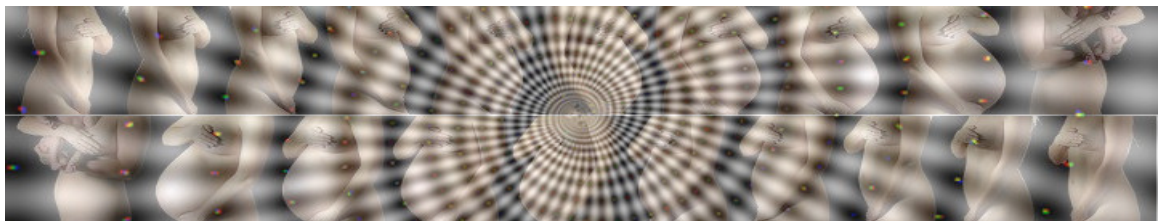
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

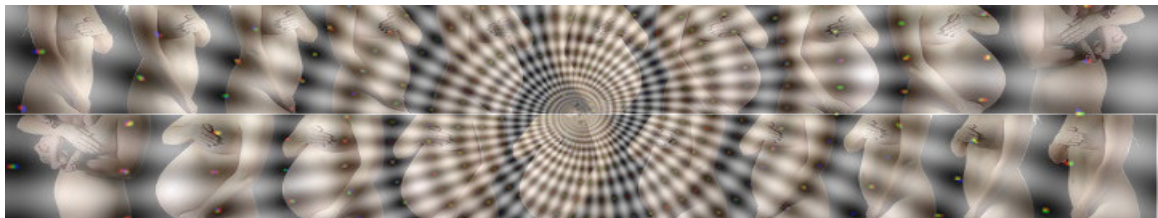
ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2014



TESI FINALE
“GRAVIDANZA, PARTO E IPNOSI”



RELATORE
Dott. Regaldo Giuseppe

CANDIDATA
Ostetrica Mecca Sara



“... ho visto in sala parto la potenza delle cose ...”
Luciano Ligabue

INDICE

Introduzione p. 6

CAPITOLO 1 p. 7

L'ipnosi

1.1 Definizione di ipnosi

1.2 Profondità dell'ipnosi

1.3 I soggetti dell'ipnosi

1.4 I meccanismi che portano alla realizzazione dell'ipnosi

1.5 I tempi dell'ipnosi

Bibliografia Capitolo 1 p.12

CAPITOLO 2 p. 13

2.1 L'ipnosi in ostetricia

Bibliografia Capitolo 2 p. 16

CAPITOLO 3 p. 17

3.1 Il dolore

3.2 Meccanismi fisiologici e psicofisici del dolore

3.3 Le funzioni psichiche del dolore

3.4 Le funzioni affettive del dolore

3.5 La percezione del dolore nelle fasi del parto

3.6 Studio Azienda Ospedaliera di Siena: la percezione del dolore nel parto vaginale senza anestesia

3.7 Il controllo del dolore nel travaglio di parto

3.7.1 Analgesia non farmacologica

3.7.2 Analgesia farmacologica

Bibliografia Capitolo 3

p. 32

CAPITOLO 4

p. 33

4.1 L'ipnosi e il dolore in travaglio e parto

4.2 Meccanismi con cui l'ipnosi controlla il dolore

4.3 E' giusto togliere il dolore del parto?

4.4 Pretalk

4.5 Le tecniche di induzione in gravidanza

4.6 Parto in autoipnosi

4.7 Durata del travaglio e del parto

4.8 Benessere fetale in ipnosi

Bibliografia Capitolo 4

p. 37

CAPITOLO 5

p. 38

5.1 Urgenze nel travaglio e nel parto

5.2 L'ipnosi in situazioni di emergenza/urgenza

Bibliografia Capitolo 5

p. 42

CAPITOLO 6

p. 43

6.1 Studio, interventi per il contenimento del dolore in travaglio di parto

6.2 Metodologia

6.3 Il dolore in travaglio

6.4 Analgesia non farmacologica

6.5 Ipnosi

6.6 Sostegno emotivo

Bibliografia Capitolo 6

p. 48

CAPITOLO 7

p. 49

7.1 Studio, la scelta informata può incidere sulla decisione di una donna di scegliere l'ipnosi come metodo di contenimento non farmacologico del dolore in travaglio di parto?

7.2 Introduzione

7.3 Materiali e metodi

7.4 Risultati

7.5 Discussione

Bibliografia Capitolo 7

p. 59

Ringraziamenti

p.60

INTRODUZIONE

L'obiettivo principale di questa tesi è spiegare come agisce l'ipnosi in ambito generale e in modo specifico durante la gravidanza e il parto. Questa tecnica, come descritto in molte Linee Guida, è un efficace metodo di contenimento del dolore non farmacologico in travaglio e al parto; inoltre permette una gestione delle energie fisiche e mentali nei diversi momenti temporali e nelle diverse zone del corpo, una riduzione dei tempi del travaglio, una riduzione degli interventi cruenti sul canale vaginale e dell'uso di manovre estrattive del feto e un periodo di ripresa della donna più rapido e completo.

L'ultima parte di questo elaborato contiene poi uno studio da me effettuato tramite questionari anonimi somministrati a donne che ha avuto come risultato un aumento della scelta dell'ipnosi dopo una breve ma esaustiva informazione sulla metodica; come sottolineano le maggiori Linee Guida, la scelta informata è un diritto delle persone assistite e un dovere degli operatori sanitari.

CAPITOLO 1

L'ipnosi

1.1 Definizione di ipnosi

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato caratterizzato da cambiamenti fisici e psichici. Il soggetto riesce a sviluppare abilità e fenomeni non possibili in condizioni normali.

Lo stato di ipnosi si ottiene indebolendo o aggirando il fattore critico, che se perde di efficacia, consente lo sviluppo di un particolare stato di coscienza nel quale si realizza il *monoideismo plastico*, ovvero un'idea del soggetto che si trasforma in un fenomeno verificabile, misurabile e ripetibile a livello fisico e psichico. I monoideismi plastici più comuni sono: il benessere mentale, la levitazione, la catalessi, il rilassamento muscolare, l'amnesia, l'ipnosi vigile, il sonnambulismo, le allucinazioni, l'analgesia.¹

1.2 Profondità dell'ipnosi

Ogni soggetto possiede un certo numero di abilità ipnotiche; il "buon soggetto" è in grado di esprimerle tutte, gli altri soggetti solo alcune.

Non si può parlare di "light and deep trance" e "coma state" come in moltissime scuole di Ipnoterapia degli Stati Uniti, ma bisogna pensare che le abilità del soggetto sono poste tutte sullo stesso piano, senza parlare di ipnosi profonda e leggera.²

Non ci si può quindi soffermare sulla rigidità dei termini e delle classificazioni; ad esempio, in ambito chirurgico, è di fondamentale importanza il saper definire in poche parole le abilità specifiche delle persona assistita, per conoscere la risposta del suo corpo nel momento del bisogno (parto, odontoiatria, interventi chirurgici).^{3,4}

Le abilità del soggetto non vanno quindi pensate come disposte in senso “verticale”, dall’alto verso il basso, ma come le stanze di un appartamento; sono poste sullo stesso piano, ma, mentre alcune sono facilmente accessibili senza bisogno di una chiave, altre sono ben chiuse e sigillate. Queste ultime possiedono due serrature; una chiave è in possesso del soggetto, l’altra la possiede l’ipnotista ed è rappresentata dalla sua metodica. Il soggetto, in autonomia, non può accedere ad alcune abilità “nascoste” dietro alle “porte blindate”, e tantomeno può farlo l’ipnotista senza il consenso della persona assistita: le due chiavi vanno utilizzate insieme.

Alcune abilità ipnotiche vengono espresse dal soggetto più facilmente e soprattutto in maniera autonoma e spontanea, mentre altre vengono espresse solo su richiesta dell’operatore.

Se una persona assistita è dotata di determinate e specifiche abilità, il fenomeno, una volta richiesto, si ottiene subito.

Kein sostiene che nell’ipnosi il grande problema del soggetto è quello di liberarsi della paura dell’ipnosi e il grande problema dell’ipnotista è liberarsi della convinzione che, per ottenere l’ipnosi, occorra passare dal rilassamento.²

È fondamentale per un ipnotista comprendere che l’ipnosi si realizza grazie alle abilità del soggetto e non grazie alle proprie; quello che conta non è l’avere una tecnica impeccabile, ma stabilire un rapporto guadagnando la fiducia e riducendo la paura dell’assistita.

1.3 I soggetti dell’ipnosi

Utilizzando una metodica standard per indurre l’ipnosi, i soggetti rispondono secondo la seguente classificazione⁴:

- 20% circa non mostrano alcun segno obiettivo di ipnosi e non realizzano alcun monoidesmo plastico; permangono nel normale stato di vigilanza. Per

questi soggetti è necessario utilizzare particolari strategie per abbattere le resistenze imposte dal Super Io.

- 80% circa sviluppano abilmente lo stato di ipnosi, rilevabile in segni obiettivi (respiro, polso, espressione, atteggiamento, etc.) e visibile con lo sviluppo di qualche monoideismo plastico (rilassamento muscolare, catalessi, levitazione, etc.). Questo 80% si può ulteriormente dividere in:

- 60% non realizza amnesia al termine dell'ipnosi
- 20% realizza facilmente amnesia; in questi soggetti è possibile il sonnambulismo, parlano, scrivono, si muovono, ma, al termine dell'ipnosi, se viene richiesta amnesia, non ricordano l'accaduto.

L'elemento discriminante tra soggetti mediamente abili e molto abili è quello di sviluppare amnesia. Di questo 20%:

- 12% non allucina
- 8% sviluppa allucinazioni positive o negative.

Il 20% dei soggetti in ambito chirurgico ottiene un buon controllo del dolore con l'ipnosi, ma mantiene l'incapacità di controllare il riflesso vagale da stimolazione peritoneale; l'uso dell'ipnosi non è quindi consigliato, ad esempio, per l'esecuzione di un taglio cesareo⁴.

L'ipnosi, per l'esecuzione di un taglio cesareo, può essere di grandissimo aiuto se associata all'anestesia peridurale per togliere l'ansia, dare analgesia per la puntura e ottenere la massima collaborazione.

1.4 I meccanismi che portano alla realizzazione dell'ipnosi

Il meccanismo base dell'ipnosi consiste nella riduzione del fattore critico, che protegge il subconscio dal cambiamento e che valuta le informazioni e le suggestioni in arrivo prima di accettarle, e nel dare una suggestione.

La definizione di ipnosi più usata negli Stati Uniti è: “ipnosi è accoglienza di una suggestione accettabile, grazie alla momentanea cessazione del fattore critico della mente”.

Il fattore critico della mente viene “nutrito” dalla concentrazione, dall’attenzione, ma, se l’ipnotista è in grado di spostare le risorse del soggetto ad altre aree della mente, questo perde la sua efficacia di “guardiano” e la suggestione fornita al soggetto agisce e si realizza il monoideismo plastico e quindi lo stato di ipnosi.

Il processo per indurre l’ipnosi, che comprende la riduzione del fattore critico, come ad esempio far focalizzare l’attenzione al soggetto, utilizzare stimolazioni alternate dei due emisferi cerebrali, e la somministrazione della suggestione, come ad esempio far eseguire compiti manuali o usare metafore per far immaginare il soggetto, funziona sempre allo stesso modo; può essere lento o veloce.

1.5 I tempi dell’ipnosi

Il tempo di induzione è inteso come quello necessario a portare la persona assistita da un normale stato di veglia e attività ad uno stato di ipnosi con evidenti fenomeni di monoideismo plastico, ottenendo anche una dimostrazione evidente di uno o più di questi fenomeni per confermare all’operatore e al soggetto che l’ipnosi si è realizzata.

Esistono svariate tecniche:

- Lente: oltre i 20 minuti.
- Medie: tra i 3 e i 20 minuti.
- Rapide: entro i 3 minuti.
- Istantanee: entro pochi secondi.

Le ultime non vengono utilizzate in ambito medico, ma vengono citate per completezza.

Le tecniche rapide si rendono necessarie quando la situazione clinica della persona assistita non lascia tempo agli operatori di agire con calma, oppure in caso di soggetti molto agitati e non collaboranti.

La rapidità di una induzione aumenta quando si lavora con soggetti che hanno grande bisogno e aspettativa, come ad esempio le donne gravide, perché queste si trovano già in uno stato di ipnosi spontanea.

L'ipnotista, se vuole essere veloce, deve avere nel suo bagaglio una buona esperienza e sicurezza, deve essere coinvolgente e deve catturare l'attenzione della persona assistita; inoltre può anche velocizzare le tecniche tradizionali o addirittura sommare tra loro diversi elementi per ottenere una metodica rapidissima e destabilizzante per il soggetto.

Si trovano in letteratura tecniche di per sé molto rapide come quelle di Dave Elman⁵ che è stata studiata per essere eseguita in 3 minuti esatti. La peculiarità di questa tecnica è che consiste in una serie di istruzioni codificate e sempre uguali, poste sempre nello stesso ordine. La metodica è adatta sia all'induzione singola che a quelle di gruppo, è estremamente semplice, dolce ed efficace.

Bibliografia Capitolo 1

¹ F.Granone. Trattato di Ipnosi. Utet: Torino (1989)

² Calvin D. Banyan, Gerald F. Kein. Abbot Publishing House (August 2001)

³ Giuseppe Regaldo. Ipnosi medica nel parto. Leadership Medica Anno IX n.8 . 1993

⁴ Giuseppe Regaldo. Applicazioni dell'ipnosi al travaglio di parto umanizzato. Rassegna di Psicoterapie, ipnosi, medicina psicosomatica, psicologia forense, 4; 1:61-79. 1999

⁵ Dave Elman. Hypnotherapy. Westhood Pub Co (June 1984)

CAPITOLO 2

2.1 L'ipnosi in ostetricia

La tecnica ipnotica nella preparazione della donna gravida e nell'assistenza al parto si basa su tre elementi costituiti dal soggetto, dall'ambiente e dall'ipnotista. Questi tre elementi interferiscono tra loro ed è necessario esaminarli nelle componenti fondamentali per una buona riuscita del parto.

La gestante è il soggetto ipnotico ideale. Esiste già infatti un ottimo rapporto di fiducia con il medico o l'ostetrica. La fiducia è determinata dall'abitudine alle visite e dal fatto che il rapporto con ostetrica e ginecologo è molto intimo perché si affrontano tematiche riguardanti i genitali ed il sesso.¹

La donna gravida, con la sua personalità, cultura, emotività e precedenti anamnestici, è la protagonista che deve suggerire all'ipnotista la metodica di approccio e di trattamento suadente o imperativo; esplicativo, educativo, informativo, di sostegno dell'Io; o viceversa rapido, fattivo e possessivo.

La metodica suadente e materna è utile nelle gravide che paventano dall'ipnosi una violazione della loro libertà, temendo di rimanere soggiogate; i metodi bruschi o paterni sono invece utili nelle donne che desiderano essere guidate e sorrette da una forza a loro superiore, cui appoggiarsi più che sia possibile.

Anche quelle di scarsa cultura e di livello intellettuale modesto non si giovano di molte spiegazioni bensì di metodi più direttamente suggestivi e possessivi.

Particolare accorgimento richiedono le gravide psicopatiche o nevrotiche per le quali l'ipnotista deve agire secondo fondate conoscenze di psichiatria e di psicologia clinica.

La percentuale di ipnotizzabilità delle gravide oscilla secondo statistiche di vari ostetrici italiani e stranieri dal 90 al 95% e si è notato che la donna gravida è più

ipnotizzabile delle altre per l'aspettativa ansiosa che spesso la domina e la spinge a chiedere aiuto².

“...sono ben pochi gli individui resistenti all'induzione ipnotica, a meno che non vi sia una buon ragione per esserlo. Tra tutti, però, è bene tenere presente che la donna gravida soprattutto per la sua motivazione e l'aspettativa, e forse anche per la sua particolare sensibilità, è di solito uno dei migliori soggetti da trattare con l'ipnosi...³.”

Tale aspettativa è legata a diversi fattori psicologici e ambientali, alla paura del dolore, della morte, del danno fisico ed estetico che potrebbe colpire lei o il nascituro, per cui questo viene spesso immaginato anche come un elemento lesivo dell'integrità psicofisica materna. L'ipnosi può sedare questa ansia in modo veramente cospicuo senza ricorrere a tranquillanti spesso nocivi per il feto e contribuire a stabilire in modo valido una migliore accettazione della gravidanza².

Si può dire che durante il travaglio ed il parto la donna entra in uno stato di ipnosi spontanea; l'operatore deve solo catturare la sua attenzione entrando in un buon rapporto empatico e guidandola. È quanto fanno abitualmente le ostetriche che usano l'ipnosi senza esserne consapevoli.¹

Il Dottor Regaldo Giuseppe, Medico chirurgo, specialista in ginecologia ed ostetricia, responsabile dell'Ostetricia dell'Ospedale di Cirié (To) e ipnotista didatta presso il CIICS, ha eseguito un lavoro di ricerca e sperimentazione pratica su persone assistite gravide mettendo a punto metodiche adatte alla gestazione e verificandone gli effetti in travaglio di parto.

La grande validità di questa esperienza è stata il fatto che lo stesso operatore che ha preparato le donne al parto con l'ipnosi, ha poi potuto verificarne gli effetti e l'efficacia in sala parto. A questo lavoro con le persone assistite va poi aggiunta la sperimentazione con gli allievi dei seminari.

L'ipnosi in ostetricia può essere utilizzata per la gestione di tutte le tipiche manovre della gravidanza, per alcune manovre ansiogene o che comportano dolore

fisico come ad esempio prelievi sanguigni, amniocentesi, suture in caso di lacerazioni al parto. L'ipnosi può essere anche di grande aiuto in caso di persone assistite fumatrici o in sovrappeso e rappresenta il rimedio più naturale contro l'ansia e i disturbi del sonno.¹

Bibliografia Capitolo 2

¹ Lapenta. Gonella. Regaldo. Somma. Tirone. Tosello. Teoria e pratica dell'ipnosi. Libreria Padovana Editrice. 2008.

² Granone F. *Trattato di Ipnosi*, Torino, UTET, 1989. Volume 2.

³ Mosconi G. Ipnosi neo-eriksoniana: la psicoterapia e il training ipnotico, collana diretta di M.Cesa-Bianchi. P. 54

CAPITOLO 3

3.1 Il dolore

Negli ultimi anni i progressi della scienza medica hanno influenzato e in parte modificato il modo di diventare madri; l'assistenza alla gravidanza, al parto e al futuro nascituro si trovano oggi al centro di un acceso dibattito.

Da una parte vengono offerte alla donna delle tecnologie sempre più sofisticate per il controllo del dolore durante il parto, dall'altra si assiste ad un aumento del bisogno di contenimento da parte della donna e della coppia per affrontare questo momento, vissuto spesso con ansia e con paura.

Il timore che maggiormente preoccupa le donne rimane comunque il dolore e la sofferenza. Il dolore di parto è un dolore vivo, intervallato, finalizzato; la sua percezione ed espressione sono ovviamente soggettive, legate a fattori biologici, psicologici, socio-culturali, ambientali ed assistenziali.

3.2 Meccanismi fisiologici e psicofisici del dolore

La comprensione dei meccanismi del dolore ha beneficiato negli ultimi anni di progressi considerevoli.

Da sempre il momento della nascita ha spaventato le donne, è opportuno perciò riflettere sul significato del dolore del parto, per valutare criticamente i molti significati della offerta di "anestetizzarsi" inducendo al minimo la propria partecipazione fisica ad un evento così importante: partorire il proprio figlio.

Affrontando il termine intrinseco dolore, sappiamo che è un valido strumento protettivo del nostro organismo utile per accorgersi della presenza di danni, durante il parto però ha una valenza e caratteristiche uniche in natura: è l'unico dolore che non sia sintomo di malattia, ma il segnale del progredire di un evento

biologico e fisiologico ma importantissimo in quanto porta alla continuazione della specie.

Lo stimolo doloroso è trasmesso da impulsi nervosi che originano da recettori periferici localizzati nella cute, nei muscoli, nelle articolazioni e nei visceri.

Passando dal neurone di primo ordine a quello di secondo ordine, a livello del midollo spinale, l'impulso nervoso attraversa le vie ascendenti primarie che portano alla zona di elaborazione delle informazioni: la corteccia cerebrale.

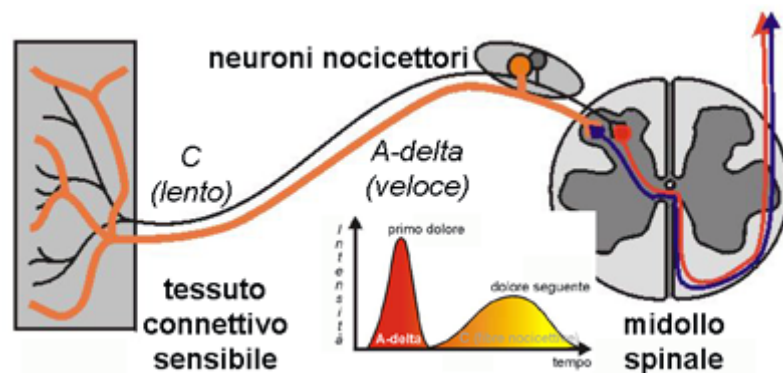


IMMAGINE 1.: tipi di nocicettori

Da questo punto in poi abbiamo la coscienza dello stimolo doloroso, le informazioni sulla sua localizzazione, natura, intensità e durata.

L'utero, compreso il collo, è innervato da fibre sensitive che vanno al midollo spinale accompagnando i nervi simpatici: i plessi uterini, cervicale e pelvico, si uniscono al nervo ipogastrico che decorre nel legamento rotondo dell'utero, ricevendo altri rami dalle grandi labbra, dalla regione anteriore dell'addome e dal muscolo retto.

Segue la cresta iliaca, si unisce al plesso ipogastrico superiore, entra nella catena simpatica lombare e toracica inferiore e di qui, attraverso i rami comunicanti e le radici posteriori nell'undicesimo e dodicesimo segmento toracale e successivamente nei segmenti T10 – L1.

Le diramazioni cutanee T11 irrorano la cute della regione della terza e quarta vertebra lombare (L3-L4); mentre le diramazioni cutanee T12 vanno ad irrorare le regioni L5-S1.

Il dolore delle contrazioni uterine ha le caratteristiche di tutti i dolori viscerali: viene trasmesso ai segmenti cutanei innervati dai segmenti midollari che ricevono le afferenze viscerali. I recettori locali a terminazioni libere o corpuscolate sono più diffusi nella parte bassa dell'utero e nel collo uterino, appaiono invece diradate verso il fondo uterino.

La localizzazione del dolore è collocata quindi nel basso addome, lateralmente sopra le creste iliache e nella zona lombo-sacrale.

Il perineo, la vagina e la vulva sono innervate dal plesso pudendo e dal plesso coccigeo; le sue diramazioni costituiscono i nervi pelvici che innervano anche la vescica, il retto e la vagina.

Una delle caratteristiche del dolore da parto è la ritmicità (in sequenza: dolore-pausa; contrazione-rilasciamento; malessere-benessere), correlata alla presenza di contrazioni uterine e la dinamicità, caratteristica variabile da donna a donna in quanto la percezione è correlata ai vissuti ed al presente della singola partorientente.

Il dolore del parto è quindi un dolore intermittente con una dinamica individuale e regolata dai bisogni della donna e dai bisogni del bambino.

Il dolore del parto è depositario di un “grande segreto” correlato alla possibilità dell'analgesia naturale ed all'attribuzione di un significato e valore che porta alla replica, cosciente e ragionata, dell'evento da parte della donna.

La neurofisiologia del dolore da parto riconosce le seguenti cause:

- la sovra-distensione, le lacerazioni, l'ischemia e l'acidosi metabolica del muscolo uterino;
- lo stiramento e le micro-lacerazioni del segmento uterino;
- lo stiramento del collo uterino;
- lo stiramento dei legamenti e degli annessi uterini;

- la compressione delle radici nervose del plesso lombo-sacrale;
- la compressione sulle articolazioni del bacino;
- l'ipercontrattilità o spasmo uterino.

L'esperienza del dolore acuto è l'effetto di una serie di fattori psichici e fisiologici che vanno a coinvolgere tutte le strutture nervose e sensitive facendo deflagrare processi emozionali, istintivi ed espressivi.

I fattori psichici che regolano il dolore del parto sono rappresentati da un condizionamento negativo, come i fattori culturali, scarsa autostima, esperienze traumatiche di vissuti precedenti, la resistenza ai cambiamenti, la immaturità emozionale, etc.

Si distinguono tre dimensioni fondamentali del dolore che sono presenti e responsabili della percezione del dolore:

- La dimensione sensoriale: dipende dalle proiezioni che vanno dal talamo alla corteccia. Fornisce gli elementi per la percezione del dolore, la sua localizzazione e qualità. Questa dimensione influisce sulla percezione e può essere aiutata con i massaggi, l'uso dell'acqua ed il movimento.
- La dimensione motivazionale: dipende dal sistema reticolare – limbico che riceve informazioni dal sistema multisinaptico. Il sistema reticolare è molto importante perché essendo connesso con i sistemi sensoriali e vegetativi porta a rigidità muscolare, paura e insofferenza. Il collegamento diretto tra i due sistemi (limbico e corteccia frontale) è responsabile anche delle reazioni affettive spiacevoli e di dolore.
- La dimensione cognitivo – valutativa: dipende da processi corticali. La corteccia riceve le informazioni sensoriali ed affettive, le analizza e le confronta con l'esperienze passate, con i valori culturali e con l'ansia presente. Attiva il sistema sensoriale-discriminativo e motivazionale producendo due tipi di reazioni completamente opposte:

1. Inibendo il sistema motivazionale tramite esperienze positive, la donna avvertirà la semplice percezione del dolore senza reazioni di dispiacere;
2. Sollecitando il sistema attraverso l'ansia o il condizionamento negativo, la donna percepirà dolore anche con uno stimolo molto lieve.

Le risposte fisiologiche del dolore sono:

- risposte vegetative: si presentano con contrazioni e spasmi dei muscoli scheletrici, alterazioni cardiovascolari e ventilatorie.
- risposte cerebro-corticali: sono correlate alle esperienze emozionali. Maturano ansia e apprensione, con conseguenti risposte comportamentali: mimica facciale, verbalizzazione o assunzione di posizioni antalgiche.

In genere, a livello sociale, le espressioni e le manifestazioni di dolore non sono molto tollerate pertanto la donna tende a comportarsi in modo silenzioso e controllato e di conseguenza impedisce un approccio relazionale ed espressivo del dolore.

3.3 Le funzioni psichiche del dolore

Uno dei vissuti emotivi più intensi durante il parto è la necessità di separarsi dal bambino, da un bambino che è contemporaneamente altro e parte integrante della donna, bambino immaginario, fantastico e bambino reale. La separazione da una parte di noi, o da qualcuno che ci sta molto vicino, è sempre dolorosa, difficile, spesso involontaria.

Nel caso del parto la nascita è contemporaneamente desiderato e temuto e vi grava anche l'aspetto dell'incognita del bambino reale. Meno il bambino è stato conosciuto durante la gravidanza e più difficile sarà il processo.

Il dolore ha la duplice funzione di:

- spingere la donna nella direzione del distacco senza possibilità d'indugio, direzione nella quale volontariamente forse non andrebbe mai;

- capire l'ineluttabilità della nascita, concentrando tutta l'attenzione nella pancia.

Contemporaneamente il dolore stesso è l'espressione e "lo sfogo" della sofferenza emotiva data dalla separazione. Il dolore segna il tempo e il tempo nei processi di separazione è importante e individuale.

Il processo di separazione può essere facilitato, favorendo un buon legame tra madre e bambino in gravidanza, un loro dialogo interiore che rende il bambino più soggetto, più conosciuto alla madre, meno estraneo e meno immaginario.

Una maggiore comunicazione tra madre e bambino in gravidanza rende la separazione più fluida, il parto più veloce e il dolore meno intenso.

3.4 Le funzioni affettive del dolore

Gli alti livelli di endorfine prodotte e la totale apertura della propria parte emozionale profonda creata dal dolore attivano fortemente il sistema limbico del cervello primale, legato alle funzioni affettive e mettono la donna in uno stato così detto sensitivo al momento della nascita del bambino. E' completamente aperta e orientata sul bambino, con tutti i suoi sensi e istinti e può accoglierlo dentro di sé, nella sua parte vegetativa istintuale, simile all'annidamento che avviene all'inizio della gravidanza.

Il tipo di legame che si crea a questo livello è incuneato negli strati più intimi ed ha caratteristica istintuale e biologica indelebile.

3.5 la percezione del dolore nelle fasi del parto

La fase prodromica è caratterizzata dalla presenza di contrazioni uterine irregolari per ritmo ed intensità e può avere una durata variabile da donna a donna. La donna avverte il dolore nella zona sovrapubica, con lieve irradiazione alla zona lombare.

Il dolore è definito, prevalentemente, come situazione di disturbo alla vita quotidiana.

In questa fase la donna è vigile, ha voglia di muoversi e di parlare, le lunghe pause di dolore che si presentano fra una contrazione e l'altra le permettono ancora di uscire dalla consapevolezza del parto.

Nel periodo dilatante le contrazioni diventano efficaci, molto forti, molto vicine. Durante la contrazione i muscoli lunghi dell'utero si contraggono, dall'alto verso il basso, si verifica la distensione del segmento uterino ed il feto comprime le parti molli del bacino. Questa fase termina con il raggiungimento della dilatazione completa della cervice uterina e l'impegno della parte presentata.

Il dolore è identificato dalla donna come percezione negativa ed è localizzato alla zona lombo- sacrale dei dermatomeri T10 e L1, a tutto l'utero, al bacino e alla radice delle cosce con irradiazione al terzo superiore degli arti inferiori.

Nel periodo espulsivo le contrazioni sono molto forti e prolungate e ad esse si aggiunge la spinta volontaria della donna. Il dolore è percepito prevalentemente nella zona sacrale, sovra-pubica e dei genitali esterni.

La letteratura non riporta dati significativi riferiti al dolore nel puerperio fisiologico, i pochi dati reperiti si riferiscono alla presenza di dolore nella patologia (ragadi del capezzolo, ematoma della sutura dell'episiotomia, mastite, ecc.)¹.

3.6 Studio Azienda Ospedaliera di Siena: la percezione del dolore nel parto vaginale senza anestesia

L'elaborato che ho analizzato e consultabile al sito www.ao-siena.toscana.it/ospedale_senza_dolore/Dolore_parto.pdf è il risultato di una ricerca effettuata presso il reparto di Ostetricia dell'Ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena e dell'Ospedale di Poggibonsi.

Lo studio del dolore è il punto centrale di questa ricerca tesa a comprenderlo (a livello fisiologico ed emozionale) per contenerlo ed assisterlo nella concezione olistica, senza guidare e giudicare la scelta della gestante.

La fase operativa di questa ricerca ha visto la compilazione, da parte di un campione di puerpere, di un questionario sul dolore provato, che le ha rese dirette protagoniste, mettendo in luce ciò che effettivamente hanno provato e come la paura del dolore ha influito, negativamente o positivamente, sull'evento nascita.

Si è cercato di trarre importanti conclusioni volte a trovare gli strumenti conoscitivi che aiutino le donne ad affrontare e portare a termine nel modo migliore il proprio “viaggio” verso la dimensione madre.

Conclusioni: Il lavoro esposto evidenzia, innanzi tutto, che per mettere in atto un'assistenza ostetrica capace e personalizzata è necessario conoscere l'utenza che accede ai nostri servizi.

Inoltre l'elaborato offre notevoli indicazioni di approfondimento indispensabili per appropriate cure e sostegno da destinare alle donne ed ai loro figli in questa fase della loro vita.

Poi si rileva la presenza di un dolore correlato all'evento stesso della nascita, alla vita emozionale della donna e cosa ancora più importante alle manovre e metodiche assistenziali che noi operatori usiamo, spesso con superficialità ed uso corrente, continuando a definire quel parto “fisiologico”.

Negli ultimi tempi si è diffusa nell'ambiente sanitario la necessità di eliminare il dolore del parto considerandolo una “presenza” dolorosa, insignificante ed inutile dell'esperienza della nascita.

È opportuno però che ogni partoriente, conoscendo i vantaggi e gli svantaggi di ogni soluzione offerta dai servizi del nostro sistema sanitario, possa esercitare il diritto di “scelta informata e consapevole” per vivere il proprio parto e la nascita di suo figlio.

E' importante articolare un approccio professionale che consideri il dolore del parto non solo come un' unica entità biologica e psico-emotiva la cui percezione varia sostanzialmente in funzione della soggettività della donna ma anche in termini di modalità assistenziali¹.

3.7 Il controllo del dolore nel travaglio di parto

La Linea Guida Assistenza alla Gravidanza e al Parto Fisiologico, linee guida nazionali di riferimento, nasce per cercare di dare una risposta alle difficoltà in ambito ostetrico formulando raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di assistere i medici e le persone assistite nel decidere sulle modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

L'ostetrici a è un ambito nel quale esiste un riconosciuto e diffuso gap tra evidenze di efficacia e pratica clinica. Troppo spesso i trattamenti di routine non sono *evidence-based* c'è una forte resistenza ad abbandonare definitivamente procedure desuete o dannose².

Tra i vari obiettivi della Linea Guida vi è quello di fornire raccomandazioni per la gestione clinica del dolore nel travaglio di parto; sono rivolte all'équipe che opera in campo ostetrico per facilitare la comunicazione e l'integrazione multidisciplinare tra le diverse figure professionali coinvolte nella scelta del supporto/trattamento più appropriato per le differenti situazioni cliniche/assistenziali.

Il dolore del travaglio di parto è un'esperienza a carattere soggettivo, multidimensionale, individualmente variabile per intensità e qualità. La sua percezione è influenzata da fattori biologici, psicologici, socio-culturali, ambientali e assistenziali.

Per valutare l'intensità del dolore e l'efficacia delle tecniche di analgesia sono utili scale standardizzate che utilizzano rilevazioni verbali (McGillPain Quantitative

Questionnaire – MPQ), visuali (Visual Analogue Scale – VAS) o comportamentali (PresentBehavioralIntensity Scale).

Le rilevazioni verbali sono complesse e poco adattabili al travaglio, risentono dei processi di elaborazione del dolore in base all'esperienza personale, sebbene consentano di caratterizzarne la qualità.

La VAS è una metodica semplice, molto diffusa in campo ostetrico, che valuta l'intensità del dolore tramite la visualizzazione di una scala rettilinea di 100mm che ha come estremi da una parte “nessun dolore” e dall'altra “massimo dolore possibile”. Risente del vissuto personale della donna nell'individuare il massimo dolore possibile e riduce un'esperienza complessa e multidimensionale come il dolore del travaglio di parto ad una singola misurazione quantitativa².

3.7.1 Analgesia non farmacologica

La qualità degli studi ed il grado di raccomandazione sono stati classificati secondo le indicazioni contenute nel documento “*Programma Nazionale Linee Guida – Manuale Metodologico – Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*”, esposto nella Tabella.

Tabella: Livelli delle prove e Forza delle raccomandazioni, da PNLG – Manuale Metodologico.

I	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o <i>consensus conference</i> , o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida

A	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
B	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
D	L'esecuzione della procedura non è raccomandata
E	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Le strategie e le tecniche non farmacologiche per controllare il dolore in travaglio, per le quali sono presenti prove di efficacia di diverso livello, includono:

- La continuità assistenziale durante la gravidanza e il parto
- Il rapporto assistenziale ostetrica/donna one-to-one
- Misure generali di sollievo e sostegno
- Immersione in acqua
- Ipnosi
- Stimolazione elettrica transutanea (TENS)
- Agopuntura

Per altri approcci come le strategie cognitive (tecniche di respiro, visualizzazioni, vocalizzazioni, musica, preghiera, etc.) i dati presenti in letteratura sono limitati e basati prevalentemente sulle sensazioni soggettive delle donne.

La **continuità assistenziale** è caratterizzata dall'utilizzo di modelli di assistenza basati sulla condivisione della medesima filosofia da parte degli operatori e/o sull'utilizzo di protocolli comuni e/o sull'organizzazione di servizi in continuità e/o su un gruppo di stessi operatori che offrono assistenza, durante tutto il percorso nascita.

Il modello basato sulla continuità assistenziale, se confrontato con un modello di assistenza convenzionale, dimostra vantaggi significativi in termini di **Livello I**:

- Minor ricorso a farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio
- Maggiore probabilità di avere un parto vaginale spontaneo
- Minore possibilità di essere sottoposti ad interventi medici (uso di ossitocina, episiotomia)
- Minore incidenza di neonati con indice di APGAR < 7 a 5 min
- Maggiore soddisfazione materna.

Un modello assistenziale **one-to-one** basato sulla continuità di assistenza durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il post-partum da parte della stessa ostetrica/ostetriche **Livello II**, se confrontato con un altro modello di assistenza convenzionale, dimostra di ridurre significativamente:

- L'utilizzo di analgesia peridurale
- Il tasso di episiotomia e di lacerazioni perineali².

Circa l'incidenza di tagli cesarei e parti vaginali strumentali i dati della letteratura sono discordanti. Alcuni autori non rilevano alcuna differenza significativa **Livello II**, altri autori **Livello II** riportano una significativa riduzione.

Rispetto al modello convenzionale di assistenza la presenza di una persona, con specifica preparazione, che fornisca **sostegno emotivo** in travaglio riduce significativamente **Livello I-II**:

- Il ricorso a trattamenti farmacologici per la riduzione del dolore
- I parti operativi vaginali
- Il numero di tagli cesarei
- Il numero di donne che riferiscono una esperienza negativa della nascita.

Tra gli **interventi generali di sollievo** dal dolore che si sono dimostrati efficaci nel ridurre la richiesta o la prescrizione di analgesici vi sono:

- L'utilizzo della posizione eretta o laterale versus la posizione supina o litotomica in travaglio e l'utilizzo di uno sgabello da parto e/o della posizione accovacciata versus la posizione supina in periodo espulsivo. **Livello II**
- L'utilizzo di un ambiente travaglio/parto familiare versus un ambiente istituzionale convenzionale. **Livello II**

Benché non esistano dati scientifici sicuri a confermare i vantaggi del tocco e del massaggio anche “non professionali”, gli operatori e le altre persone di supporto devono essere incoraggiati ad usarli, se la donna lo desidera. **Livello IV**

Raccomandazioni

A L'organizzazione di un'assistenza basata sulla continuità, sul supporto one-to-one, sul sostegno emotivo e sulle misure genali di sollievo si è dimostrata efficace nel controllo del dolore in travaglio. L'adozione di tali principi, ove possibile, è fortemente raccomandato².

Dai pochi studi randomizzati presenti in letteratura sull'utilizzo dell'**immersione in acqua**, non si rilevano con tale metodica significativi benefici o rischi materni e

feto-neonatali **Livello II** in confronto alle metodiche convenzionali. È segnalata una tendenza alla riduzione dell'impiego di analgesici e una significativa riduzione del ricorso all'analgesia peridurale e all'ossitocina quando l'immersione avviene oltre i 5 cm di dilatazione. **Livello II**

Raccomandazioni

C L'impiego dell'immersione in acqua nel controllo del dolore di travaglio può essere utile

C Non esistono in letteratura dati sufficienti per stabilirne l'efficacia analgesica e la sicurezza. Il suo impiego deve essere attento in quanto non è possibile escludere effetti sull'esito neonatale.

L'impiego dell'**ipnosi** nell'analgesia del travaglio di parto è ancora limitato. I pochi dati presenti in letteratura indicano che le donne trattate con ipnosi non mostrano una significativa riduzione della richiesta di analgesia farmacologica.

Livello I

Viene segnalato un significativo aumento di parti vaginali e una riduzione nell'uso dell'ossitocina. Non sono stati segnalati effetti avversi sui neonati.

Raccomandazioni

C L'ipnosi nell'analgesia in travaglio necessita di ulteriori validazioni. La **TENS** è una tecnica maneggevole, non invasiva e quindi presumibilmente priva di effetti collaterali sulla madre e sul feto. **Livello I**

I pochi studi randomizzati presenti in letteratura, non rilevano un significativo effetto analgesico **Livello I**, ma una riduzione significativa della necessità di utilizzare altre tecniche di analgesia rispetto ai controlli.

Raccomandazioni

C L'impiego della TENS nel controllo del dolore in travaglio può essere utile.

C Non esistono in letteratura dati sufficienti per stabilirne l'efficacia analgesica.

I risultati derivanti da un unico studio clinico randomizzato indicano che l'impiego dell'**agopuntura** per l'analgesia in travaglio, rispetto al non utilizzo, riduce significativamente la richiesta di analgesia peridurale e di analgesici, induce un maggior rilassamento, e non modifica la durata del travaglio. Non viene riportata alcuna significativa variazione di incidenza di parti strumentali, tagli cesarei e uso di ossitocina. **Livello I**

Raccomandazioni

C L'agopuntura nell'analgesia in travaglio può essere utile. La sua efficacia necessita tuttavia di ulteriori validazioni².

3.7.2 Analgesia farmacologica

Per completezza di trattazione vengono di seguito citate le tecniche farmacologiche per il contenimento del dolore in travaglio di parto, ma non trattate nello specifico:

- Oppioidi per via parenterale
- Farmaci per via inalatoria
- Anestesia loco-regionale
- Blocco periferico
- Blocco centrale².

La scelta della condotta clinico/assistenziale da adottare deve essere presa in accordo con la persona assistita e, nel caso di intervento attivo da parte degli operatori, esplicitata nel consenso informato. Figura centrale per la gestione della “care” nell'assistenza alla nascita è l'ostetrica. **Livello VI**

Bibliografia Capitolo 3

¹ Annesanti A. Tani F. Il dolore del parto, la percezione del dolore nel parto vaginale senza anestesia, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

² Linee Guida Nazionali di riferimento, Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico – prima stesura.

Sitografia capitolo 3

Immagine 1 : http://it.wikipedia.org/wiki/Fisiologia_del_dolore

CAPITOLO 4

4.1 L'ipnosi e il dolore in travaglio e parto

Il dolore in travaglio di parto origina dalla contrazione uterina, dalla dilatazione cervicale e dalla distensione di vagina e perineo.

L'inizio del travaglio di parto innesca risposte psicologiche, biochimiche e fisiologiche finalizzate a preservare il benessere materno-fetale.

L'ipnosi può agire sulla componente fisica solo se la persona assistita possiede determinate capacità. Il dolore fisico, però, non è l'unica componente; la componente emotiva è facilmente influenzabile dall'ipnosi; molte volte la donna interpreta come "male" la sua ansia, preoccupazione: questa è una richiesta di aiuto e rassicurazione da parte dell'operatore.¹

4.2 Meccanismi con cui l'ipnosi controlla il dolore

La letteratura scientifica dimostra che l'ipnosi agisce con un aumento anche di 10 volte delle endorfine plasmatiche, riducendo il flusso ematico corticale regionale afferente ai centri del dolore, aumentando le onde theta all'EEG. L'effetto principale però rimane la riduzione o la rimozione della parte emotivo-psicologica del dolore con riduzione dell'ansia e aumento dell'autocontrollo.¹

4.3 E' giusto togliere il dolore del parto?

L'ipnosi in travaglio di parto va usata con coscienza e solo in quelle situazioni in cui il dolore e la stanchezza diventano insopportabili o il travaglio perdura più del previsto. L'ipnosi in travaglio di parto rimane comunque un'alternativa preferibile al ricorso ad altre tecniche farmacologiche per il contenimento del dolore o addirittura ad un taglio cesareo senza indicazione scientifica.

Con l'autoipnosi la persona assistita ha il pieno controllo e decide lei stessa quando e se utilizzare questa tecnica. Il 30% delle persone addestrate al parto in autoipnosi,

di fatto non usano poi questa tecnica durante il parto, sostenendo che non ne hanno sentito il bisogno.²

4.4 Pretalk

Il colloquio preliminare o “Pretalk³” prima di una induzione ipnotica è fondamentale per preparare la persona assistita e avere quindi poi maggior successo con la tecnica vera e propria.

Questo colloquio ha lo scopo di eliminare la paura dell’ipnosi che nella maggior parte dei casi è l’ostacolo alla realizzazione dello stato d’ipnosi vero e proprio, e di dare un quadro corretto ed esaustivo della metodica che verrà utilizzata.

È necessario anche per la presentazione dell’operatore, per stabilire un rapporto empatico e per conoscere il soggetto tanto che basta per decidere la metodica più adatta.

Più è accurato questo colloquio, più sarà semplice e veloce l’induzione vera propria.

4.5 Le tecniche di induzione in gravidanza

In gravidanza è possibile utilizzare qualsiasi tecnica, meglio se è dolce. È necessario chiedere alla donna di posizionarsi sdraiata sul fianco sinistro o ponendo uno spessore sotto la natica destra per evitare la sindrome da compressione aorto-cavale, molto pericolosa in gravidanza.

La strategia induttiva in una sessione di ipnosi per la preparazione al parto può essere così riassunta:

- 1) Colloquio preliminare o pretalk, necessario per creare empatia con la donna, per spiegare la tecnica e per togliere la paura dell’ipnosi.
- 2) Induzione, tramite tecniche di focalizzazione dell’attenzione che fanno uso della parola e di piccoli tocchi.

- 3) Attribuzione di un comando post-ipnotico, per far rientrare autonomamente la persona assistita in uno stato ipnotico.
- 4) Verifica del comando, facendo uscire e rientrare la donna dall'ipnosi davanti all'operatore (frazionamento)².
- 5) Sogno del proprio parto, chiedendo alla donna di immaginare se stessa con il bambino a parto avvenuto; se questo avviene con precisione significa che a livello inconscio non ci sono ostacoli al travaglio⁴.
- 6) Spiegazione su come allenarsi fino al parto, entrando e uscendo dall'ipnosi e su come utilizzare la metodica in travaglio di parto.

4.6 Parto in autoipnosi

L'ipnosi in travaglio di parto ha l'obiettivo di rendere la persona assistita in grado di gestire in perfetta autonomia questa esperienza.

Dopo la seduta di ipnosi, la donna, ha continuato ad esercitare e rafforzare il comando in modo da raggiungere in pochi secondi l'autoipnosi e reagire quindi positivamente allo stress e alle incognite del travaglio di parto.

La persona assistita è in grado di controllare perfettamente, in autoipnosi, lo stimolo doloroso delle contrazioni e l'ansia fino al momento in cui, giunta al periodo espulsivo, l'ipnosi sfuma e la donna inizia a spingere.

Il 70% delle donne riferiscono di aver avuto risultati buoni o ottimi, il 20% scarsi e il 10% di non essere riuscita ad ottenere evidenti risultati².

4.7 Durata del travaglio e del parto

Normalmente il periodo dilatante al primo parto, periodo necessario per raggiungere da inizio travaglio la dilatazione completa, dura da 300 a 480 minuti⁵.

Grazie al lavoro del Dottor Regaldo Giuseppe, svolto presso l'ostetricia dell'ospedale di Ciriè (To), si è valutato che, con l'ipnosi, solo il 12% delle donne

partorisce oltre i 300 minuti, il 49% impiega tra i 180 e i 300 minuti, il 16% tra i 120 e i 180 minuti, il 17% tra i 60 e i 120 minuti e il 6% entro i 60 minuti ².

La spiegazione dell'abbreviato periodo dilatante è che, togliendo la paura e l'ansia, si riduce la produzione di catecolamine tipiche dello stress, sostanze che influenzano la produzione di ossitocina da parte dell'ipofisi.

Anche il successivo periodo, quello espulsivo, normalmente di durata tra i 30 e i 60 minuti ⁵, è più breve con l'ipnosi: il 12% partorisce tra i 30 e i 60 minuti, il 17% tra i 10 e i 20 minuti e il 6% entro i 10 minuti ².

4.8 Benessere fetale in ipnosi

Il benessere fetale in ipnosi è stato studiato e documentato con ogni metodica possibile. I tracciati cardiotocografici, lo studio dei movimenti fetali e respiratori in ecografia, il color doppler dell'arteria ombelicale, il punteggio di Apgar e il Ph su funicolo dopo il parto depongono tutti per una totale assenza di influssi dell'ipnosi sul feto e sul neonato. In corso di ipnosi con profondo rilassamento muscolare si osserva un netto aumento dei movimenti attivi fetali, correlabili al maggior afflusso ematico placentare².

Bibliografia Capitolo 4

- ¹ Lapenta. Gonella. Regaldo. Somma. Tirone. Tosello. Teoria e pratica dell'ipnosi. Libreria Padovana Editrice. 2008.
- ² Giuseppe Regaldo. Applicazioni dell'ipnosi al travaglio di parto umanizzato. Rassegna di Psicoterapie, ipnosi, medicina psicosomatica, psicologia forense, 4; 1:61-79. 1999
- ³ Calvin D. Banyan, Gerald F. Kein. Abbot Publishing House (August 2001)
- ⁴ Dave Elman. Hypnotherapy. Westhood Pub Co (June 1984)
- ⁵ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Manuale di clinica ostetrica e ginecologica. Società Editrice Universo: Roma (1992)

CAPITOLO 5

5.1 Urgenze nel travaglio e nel parto

Le urgenze cliniche che si possono presentare al momento del travaglio e del parto hanno caratteristiche tali da non permettere la conduzione di studi randomizzati sul preferibile trattamento. Il percorso clinico di questi quadri patologici è suggerito quindi dall'esperienza derivata dallo studio della casistica.

Con pochissime eccezioni, i livelli di evidenza sono di **grado IV** e la forza delle raccomandazioni è per lo più di livello **C**.

Le maggiori urgenze cliniche che si possono rilevare in campo ostetrico sono:

- Attacco eclamptico: è caratterizzato dalla comparsa di convulsioni generalizzata o, dall'insorgenza di uno stato di coma, in assenza di altre condizioni neurologiche. L'attacco convulsivo può essere unico o ripetuto. Può insorgere durante la gravidanza, durante il travaglio o nelle 24 ore successive al parto.
- Distacco di placenta: è il distacco prematuro completo o parziale di una placenta normalmente inserita dopo la 20a settimana di gravidanza e prima del secondamento; è la causa più comune in ostetricia di CID (Coagulazione Intravasale Disseminata). Altre possibili complicanze sono lo shock emorragico, la rottura d'utero, l'insufficienza renale e la necrosi ischemica di altri organi.
- Distocia di spalla: è un'emergenza ostetrica nella quale la fuoriuscita delle spalle necessita di particolari manovre di assistenza dopo che sono stati effettuati delicati tentativi di trazione della testa verso il basso. Viene identificata quando l'intervallo tra fuoriuscita della testa e fuoriuscita del tronco fetale supera i 60 secondi. Le complicazioni materne più frequenti sono l'emorragia post-partum e le lacerazioni del canale da parto.
- Inversione uterina: è l'inversione a dito di guanto totale o parziale dell'utero con le placenta ancora inserita o dopo il suo distacco. Se l'inversione è

prontamente diagnosticata e si procede alla riposizione dell'utero, la prognosi è buona.

- Prolasso del cordone: presenza del cordone ombelicale davanti alla parte presentata fetale con membrane rotte. Situazione grave per la possibile compressione ed interruzione del flusso ematico e conseguente ipossia fetale. Una buona prognosi fetale è direttamente proporzionale alla velocità d'intervento.
- Emorragia post-partum: è definita come una perdita ematica superiore a 500 ml dopo un parto vaginale o a 1000ml con un taglio cesareo. È indicata come precoce, se avviene durante o entro 24h dal parto e tardiva se compare oltre le 24h dopo il parto.
- Rottura d'utero: si distingue una rottura incompleta quando è mantenuto integro il rivestimento peritoneale, ed è una rottura completa, quando interessa la parete uterina in tutto il suo spessore. Avviene per lo più durante il travaglio e si manifesta dopo il parto vaginale con emorragia e shock¹.

5.2 L'ipnosi in situazioni di emergenza/urgenza

Durante situazioni cliniche di urgenza l'obiettivo degli operatori sanitari, in questo caso ostetrica e ginecologo, è quello di riportare la persona assistita, che in questo momento si trova in uno stato di ipnosi spontanea, ad essere collaborante, consapevole della sua situazione clinica e orientata verso la risoluzione del problema.

Le situazioni considerate critiche dagli utenti posso comprendere l'esecuzione di una procedura (diagnostica o terapeutica), il travaglio e il parto, dolori acuti, crisi respiratorie con dispnea, shock psicologici, traumi fisici, etc.

Durante queste situazioni non è necessario eseguire una vera e propria induzione ipnotica, perché, come precedentemente detto, la persona assistita si trova già in

uno stato di ipnosi spontanea; l'operatore deve aiutare l'utente o ad uscire dallo stato di trance spontanea, oppure, su contratto, ad ottenere l'effetto desiderato (riduzione dell'ansia, controllo del dolore, rilassamento, etc.). L'operatore sanitario deve quindi essere sempre in grado di riconoscere un'ipnosi spontanea e ricordarsi che le comuni forme di comunicazione e aiuto risultano inefficaci.

Lo schema mentale che gli operatori sanitari devono tenere ben a mente per aiutare una persona assistita in una situazione di emergenza è:

- Stabilire un contatto
- Ottenere la collaborazione dell'utente
- Prendere il controllo della situazione
- Guidare la persona assistita verso la risoluzione dell'evento

È necessario iniziare con un'osservazione e un ascolto passivo del soggetto, effettuando piccoli test di valutazione per vedere ad esempio se la persona assistita risponde alle domande, se rimane agganciata allo sguardo dell'operatore, se reagisce agli stimoli, etc., identificando quelli che sono i suoi schemi comportamentali (agitata, confusa, paranoica, iperattiva, etc.).

È fondamentale prendere anche atto della sintomatologia fisica (sudorazione, vasodilatazione, pallore, rossore, tremori, etc.).

Il panico nella persona assistita è determinata dal fatto che ha perso i suoi riferimenti abituali e le sue certezze, che non riesce a dare una motivazione ai suoi sintomi e che non sa quanto durerà la sua situazione e se c'è possibilità di risoluzione.

In emergenza ci sono regole di comunicazione fondamentali:

- Il cervello non riconosce la parola NON (~~NON~~ cadrai), quindi non utilizzarla
- Durante questa situazione la persona assistita perde la capacità di comprendere le spiegazioni tecniche, se è necessario ripetere la stessa frase più volte e con chiarezza

- Ogni frase che l'operatore dice viene registrata dall'utente sia a livello conscio che inconscio e può quindi assumere un diverso significato (il test è **NEGATIVO**)
- Grande attenzione va dedicata anche al nostro linguaggio non verbale (ad esempio le espressioni del volto)
- È necessario considerare in toto i bisogni e sintomi della persona assistita, rassicurandola che sappiamo esattamente come si sente
- L'informazione circa la sua situazione è fondamentale

L'empatia è la base della risoluzione del problema della persona assistita; è necessario creare un ambiente rassicurante, chiedo all'utente di parlare del suo problema, di come si sente e di cose pensa la farebbe stare meglio; rassicuriamola sul fatto che è normale che si senta così e che ora faremo qualcosa per aiutarla "io so come si sente" "so come può risolvere il suo problema" "faccia ciò che le dico e si sentirà meglio".

Dopo aver ottenuto la collaborazione della persona assistita è necessario, durante la comunicazione, ampliare gli aspetti buoni della situazione "il cuore le sta battendo veloce, ma la sua funzione è normale" e utilizzare tecniche di induzione proprie per quella situazione (far eseguire compiti, confusione, rilassamento, etc.).

Dopo aver stabilito un contatto, ottenuto la collaborazione, preso il controllo, è necessario guidare fuori dalla situazione la persona assistita rallentando i suoi movimenti, portando la mente su pensieri positivi o rallentando il ritmo respiratorio e cardiaco².

Bibliografia Capitolo 5

¹ Linee Guida Nazionali di riferimento, Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico – prima stesura.

² Lapenta. Gonella. Regaldo. Somma. Tirone. Tosello. Teoria e pratica dell'ipnosi. Libreria Padovana Editrice. 2008.

CAPITOLO 6

6.1 Studio, interventi per il contenimento del dolore in travaglio di parto

Nel Maggio 2006 è stato redatto “*Interventi per il contenimento del dolore in travaglio di parto*” a cura di Daniela Spettoli, Dante Baronciani e Vittorio Basevi, con la collaborazione di CeVEAS (Centro per la valutazione dell’efficacia dell’assistenza sanitaria) e SaPeRiDoc (Centro di documentazione online sulla salute riproduttiva e perinatale moderna), con l’obiettivo di rendere disponibile la bibliografia sistematica gerarchica delle ricerche pubblicate su interventi selezionati di contenimento del dolore in travaglio di parto.

6.2 Metodologia

È stata condotta una revisione della letteratura, limitatamente agli anni 1990-2006, su 3 interventi farmacologici (analgesia epidurale e/o spinale, ossido nitrico per via inalatoria, oppioidi sistemici) e 8 metodi complementari (agopuntura, ipnosi, immersione in acqua, iniezioni di acqua sterile, TENS, aromaterapia, sostegno emotivo, musicoterapia) utilizzati per il controllo del dolore nel travaglio di parto.

La revisione della letteratura è stata condotta interrogando per parole chiave:

(a) la banca dati di linee guida National GuidelineClearinghouse (NGC); i siti di linee guida di Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), ScottishIntercollegiateGuidelines Network (SIGN), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC);

(b) i siti delle agenzie governative di technologyassessment(TA) Agency for Healthcare Research and

Quality(AHRQ) - Women's Health (Stati Uniti), NHS Health Technology Assessment Programme (HTA,

Regno Unito), Haute Autorité de santé (HAs, Francia);

(c) Clinical Evidence;

(d) Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Reproductive Health Library (RHL);

Adottando il principio di saturazione teoretica, la ricerca è stata interrotta al superiore livello gerarchico al quale è stata identificata una prova di efficacia rilevante. In altri termini, per gli interventi per i quali non è stato possibile identificare linee guida sono stati consultati i siti di TA; dove non è stato possibile identificare né linee guida né rapporti di TA si è consultato Clinical Evidence; per gli interventi non affrontati da linee guida o rapporti di TA e neppure da Clinical Evidence sono stati consultati CDSR e RHL; nei casi in cui nessuno degli strumenti precedenti abbia fornito risposte è stata interrogata la banca dati PubMed-Medline con la strategia di ricerca successivamente descritta per ogni intervento. PubMed-Medline è stata interrogata inoltre per identificare studi clinici controllati randomizzati (RCT) pubblicati posteriormente alle revisioni sistematiche (RS) già identificate.

Sono state incluse nella revisione linee guida (LG), revisioni sistematiche (RS) e metanalisi di RCT e RCT.

Sono stati esclusi gli studi:

- con disegno diverso da RCT o RS di RCT o LG;
- riguardanti interventi non pertinenti (ad esempio non inerenti il travaglio di parto; riguardanti il taglio cesareo come intervento e non come esito associato);
- di confronto tra farmaci o dosaggio di farmaci;
- già compresi nelle RS identificate.

In questa tesi verranno presi in esame solo la sintesi narrativa delle prove di efficacia riguardanti il dolore in travaglio, l'ipnosi come analgesia non farmacologica e il sostegno emotivo; l'intero documento è consultabile all'indirizzo e-mail

www.epicentro.iss.it/temi/materno/pdf/Biblio_partoanalgesia.pdf

6.3 Il dolore in travaglio

L'esperienza del dolore in corso di travaglio è altamente soggettiva, risultato della ricezione ed elaborazione di stimoli di diversa intensità attraverso le emozioni, le motivazioni, la cognizione, le circostanze sociali e culturali proprie di ogni singola donna. Questa complessità rende difficile predire - da parte sia della donna che della o del professionista che la assiste - quale potrà essere l'esperienza del dolore nel corso del travaglio.

I fattori modificabili che, empiricamente, sembrano influenzare il dolore in corso di travaglio di parto sono: le condizioni ambientali, la paura, l'ansietà, le aspettative circa l'esperienza, le strategie messe in campo per superare l'esperienza (*copingstrategies*) e, soprattutto, l'autostima della donna rispetto alla capacità di *farcela*. Si rileva una differenza qualitativa tra il dolore in un contesto di sofferenza, di mancanza di aiuto ed il dolore che si sperimenta in un contesto caratterizzato da comfort, da un senso di accompagnamento e dalla attivazione delle strategie per *farcela*.

Soddisfazione materna per l'esperienza del parto e benessere feto-neonatale costituiscono i due temi centrali del controllo del dolore durante il travaglio. Corollario del primo punto è il ricorso all'analgisia farmacologica (come peraltro al parto cesareo) come risposta a quello che viene genericamente definito un desiderio della donna. Diversi limiti caratterizzano gli studi sulla soddisfazione materna ed è stato rilevato come la scelta materna sia, almeno in parte, condizionata dalle informazioni ricevute in gravidanza e dal tipo di sostegno offerto durante il travaglio: tra il nulla e l'analgisia farmacologica la scelta è probabilmente prevedibile.

Il ricorso all'analgisia durante il travaglio di parto è relativamente diffuso in altri paesi (la sola analgesia epidurale interessa circa 25% delle partorienti in Regno Unito e 30%-50% in USA). In Italia la pratica è verosimilmente in aumento, ma gli

unici dati disponibili stimano una frequenza, con variazioni regionali, inferiore a 10% .

L'incremento registrato nei diversi paesi sembra nettamente privilegiare i metodi farmacologici (analgesia epidurale, farmaci per via inalatoria come l'ossido nitrico, meperidina per via intramuscolo) rispetto ai non farmacologici (ad esempio: tecniche di respirazione, massaggio, immersione in acqua, movimento e posizione materna, supporto continuo durante il travaglio, blocco con acqua intradermica).

6.4 Analgesia non farmacologica

Due revisioni sistematiche hanno valutato diversi tipi di intervento: l'agopuntura, l'ipnosi, l'audio analgesia, l'aromaterapia e la musica; il supporto continuo durante il travaglio, il bagno caldo, il massaggio e il contatto fisico, la possibilità di movimento e la posizione materna durante il travaglio, il blocco con acqua intradermica.

L'analisi e l'interpretazione dei risultati risulta difficoltosa per molti di questi interventi, dato l'esiguo numero di donne reclutate negli studi.

6.5 Ipnosi

Una revisione sistematica, comprendente 3 RCT (complessivamente 189 donne) che prevedevano diverse modalità di auto ipnosi nell'ultimo trimestre di gravidanza, dimostra la efficacia dell'ipnosi nel ridurre il dolore nel corso del travaglio, rilevando:

- incremento della soddisfazione materna (rischio relativo, RR = 2.33, intervallo di confidenza (IC) al 95% = 1.15-4.71)
- minor ricorso a analgesia farmacologica (RR = 0.54; IC 95% = 0.23-1.23)
- maggior tasso di parti vaginali spontanei (RR = 1.38; IC 95% = 1.10-1.74)
- minor ricorso a parto pilotato con ossitocina (RR = 0.31; IC 95% = 0.18-0.52)

- assenza di segnalazione di effetti collaterali

Le dimensioni ridotte degli studi implicano che i risultati non sempre raggiungano la significatività statistica.

Una seconda revisione sistematica che prende in esame oltre a cinque RCT anche 14 studi non randomizzati, coinvolgendo complessivamente 8395 donne, ha dimostrato un minor ricorso all'analgesia farmacologica o al parto pilotato con ossitocina e un maggior numero di parti spontanei nelle donne sottoposte ad ipnosi rispetto ai controlli. Una più precisa definizione del rapporto rischio/beneficio dell'ipnosi nel travaglio richiede ulteriori studi.

6.6 Sostegno emotivo

Una RS ha valutato il sostegno emotivo continuo in travaglio di parto, distinguendo fra il sostegno fornito da:

- un membro dello staff ospedaliero (ostetriche e allieve ostetriche; infermiere)
- donne non appartenenti allo staff ospedaliero, con una specifica preparazione (*doula*, educatrici prenatali, infermiere in pensione, volontarie o a pagamento)
- donne appartenenti alla famiglia, frequentemente la madre, o una amica.

Non sono stati identificati studi clinici controllati randomizzati che abbiano valutato l'efficacia del sostegno fornito dal marito o dal compagno della donna.

Nel complesso, sulla base dei risultati di tre diverse RS, la presenza di una persona di sostegno in travaglio non risulta avere alcun effetto dannoso, mentre appare ridurre, in misura statisticamente significativa:

- la frequenza con la quale si ricorre a trattamenti farmacologici per la riduzione del dolore
- i parti operativi vaginali
- il numero dei tagli cesarei
- il numero di donne che riferiscono una esperienza negativa della nascita¹.

Bibliografia Capitolo 6

¹ Spettoli D. Baronciani D. Basevi V. Interventi per il contenimento del dolore in travaglio di parto. Maggio 2006.

CAPITOLO 7

7.1 Studio, la scelta informata può incidere sulla decisione di una donna di scegliere l'ipnosi come metodo di contenimento non farmacologico del dolore in travaglio di parto?

7.2 Introduzione

L'argomento centrale di questo breve studio riguarda le conoscenze della popolazione circa l'Ipnosi Medica; l'obiettivo è dimostrare che, nonostante questa sia ancora poco diffusa all'interno delle nostre Aziende Ospedaliere, salvo rare eccezioni, se la persona assistita viene messa nelle condizioni di compiere una "scelta informata", la propensione verso questa metodica aumenta.

7.3 Materiali e metodi

Nel periodo Maggio-Giugno 2014, ho somministrato, all'interno dell'atrio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Scienza e della Salute, Presidio S.Anna di Torino, un breve questionario anonimo a 200 donne scelte a caso come campione.

Il questionario riportato di seguito è costituito da 7 domande totali più una breve spiegazione.

Le domande si riferiscono alle informazioni in possesso dell'utente circa l'Ipnosi Medica e il suo utilizzo. L'ultimo quesito è stato posto all'utente dopo una breve spiegazione su tale metodica.

La spiegazione è stata la seguente:

“L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato caratterizzato da cambiamenti sul corpo, quindi ad esempio un grande stato di rilassatezza o al contrario grande prestanza fisica e cambiamenti a livello psichico, ottenendo quindi una maggior concentrazione, attenzione o capacità di ragionamento.

Se io le dicessi che lei durante la giornata entra più volte in ipnosi spontaneamente, mi crederebbe? È così, ogni volta che le capita di essere assorta in qualche pensiero o che legge con grande trasporto un libro, lei è in ipnosi.

Nonostante non la si conosca molto, l'ipnosi non deve fare paura, perché, durante l'utilizzo di questa metodica, sempre a livello medico, lei non sarà mai "controllata" e spinta a compiere scelte che non considera lecite, avrà quindi sempre una visione completa di tutto ciò che le accade, semplicemente deciderà di dedicarsi a ciò che la fa stare bene. È una tecnica tranquilla e sicura in cui si raggiunge uno stato di completo benessere, ma senza arrivare al sonno; come le ho già anticipato ci saranno delle modificazioni del corpo e la mente risulterà come "snebbiata" e lei diventerà in grado di recuperare forza, concentrazione ed energia in pochissimo tempo. Io le posso insegnare come utilizzare tutte le potenzialità della sua mente, e dopo la prima volta, lei sarà in grado di utilizzare l'ipnosi senza il mio aiuto.

Studi scientifici evidenziano che, le donne in gravidanza che utilizzano l'ipnosi durante travaglio e parto, fanno minor ricorso a farmaci per l'analgesia, minor ricorso a farmaci che aumentano le contrazioni uterine (ossitocina), hanno un maggior successo durante i parti vaginali spontanei (e quindi minor ricorso al taglio cesareo) e tutto questo senza alcun effetto collaterale."

Il questionario utilizzato per lo studio è il seguente:

Ostetrica MECCA SARA

QUESTIONARIO ANONIMO:

- Sesso:

➤ M

➤ F

- Et :
 - 18-28 anni
 - 29-38 anni
 - 39- 48 anni
 - Maggiore di 48 anni

- Ha mai sentito parlare di IPNOSI MEDICA?
 - SI
 - NO

- Se SI, da chi?
 - Conoscenti
 - Televisione, spettacoli, etc.
 - Medico di famiglia
 - Riviste scientifiche
 - Ostetrica o altre figure sanitarie
 - Altro.....
 -

- A quale gruppo di parole assocerebbe il termine IPNOSI?
 - Sonno, perdita di controllo, paura, ansia;
 - Benessere, rilassamento muscolare, miglioramento delle performance fisiche e mentali, riduzione dello stato di ansia;
 - Altro.....
 -

- Se le venisse offerta la possibilit  di sfruttare, con le conoscenze che possiede in materia, l'ipnosi medica durante il travaglio e il parto, lo farebbe?

- Si
- No
- Forse

Spiegazione

- E dopo questa breve informazione sulle metodiche e le potenzialità dell'ipnosi?
 - Si
 - No
 - Forse

COMMENTI:

.....

.....

.....

.....

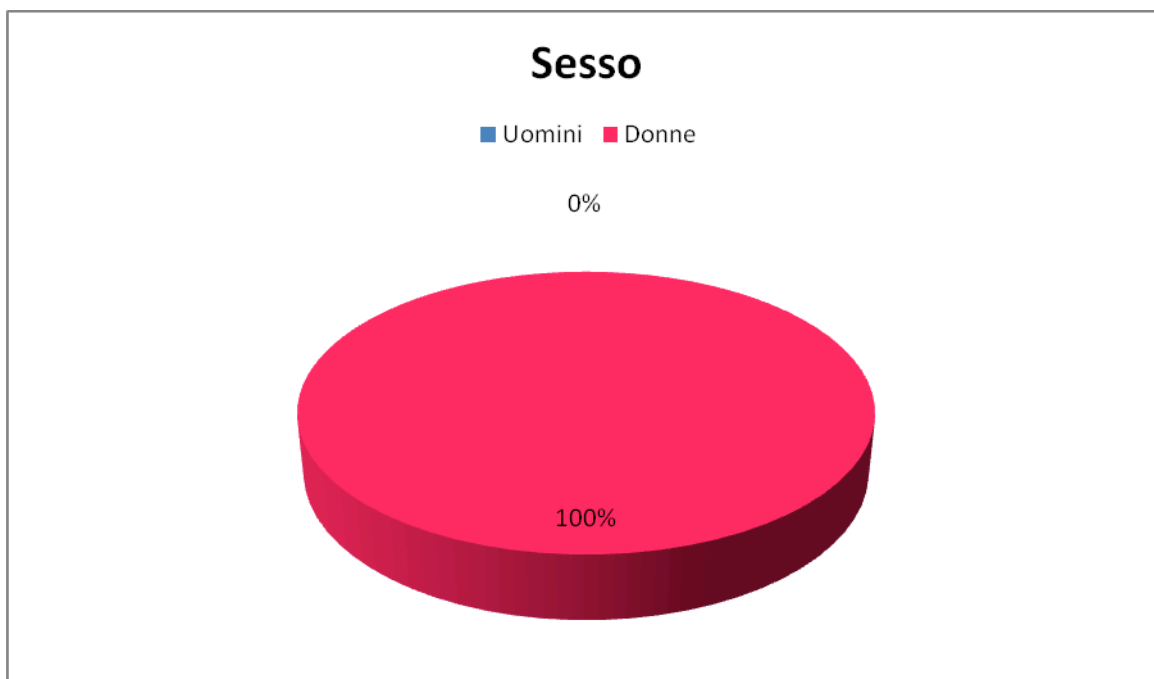
.....

7.4 Risultati

Dopo aver analizzato i questionari, ho realizzato un grafico per ogni domanda in modo da avere un quadro generale delle risposte ricevute dalle persone assistite intervistate. Non ci sono stati commenti finali in nessun questionario.

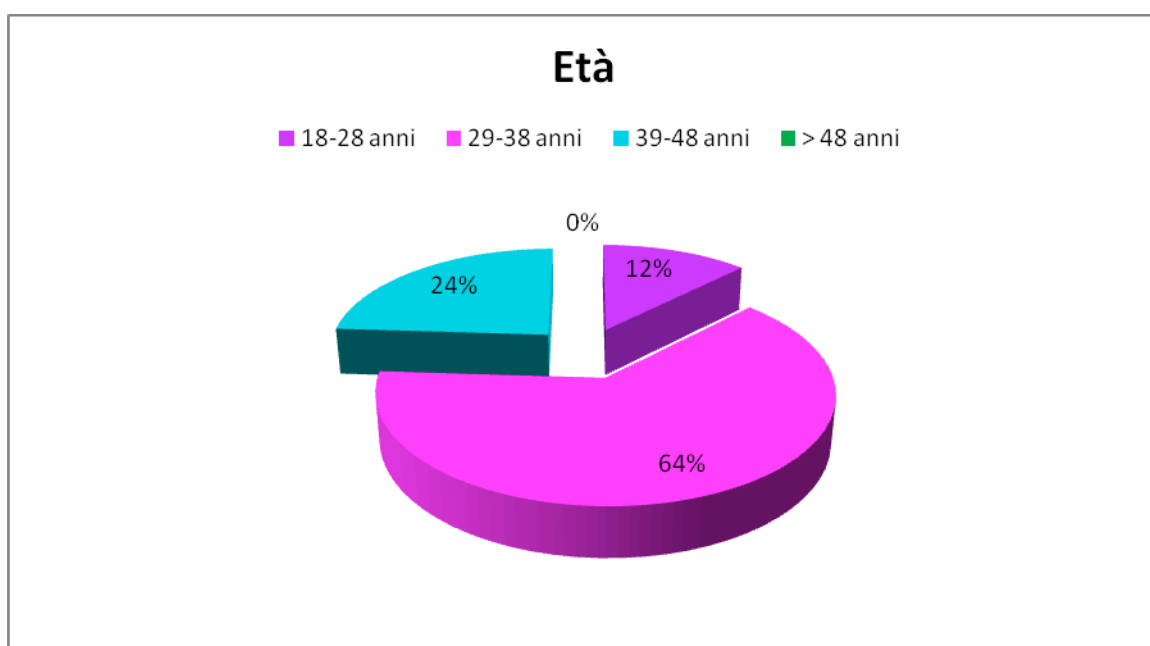
I risultati ottenuti sono i seguenti:

- Sesso:
 - M
 - F



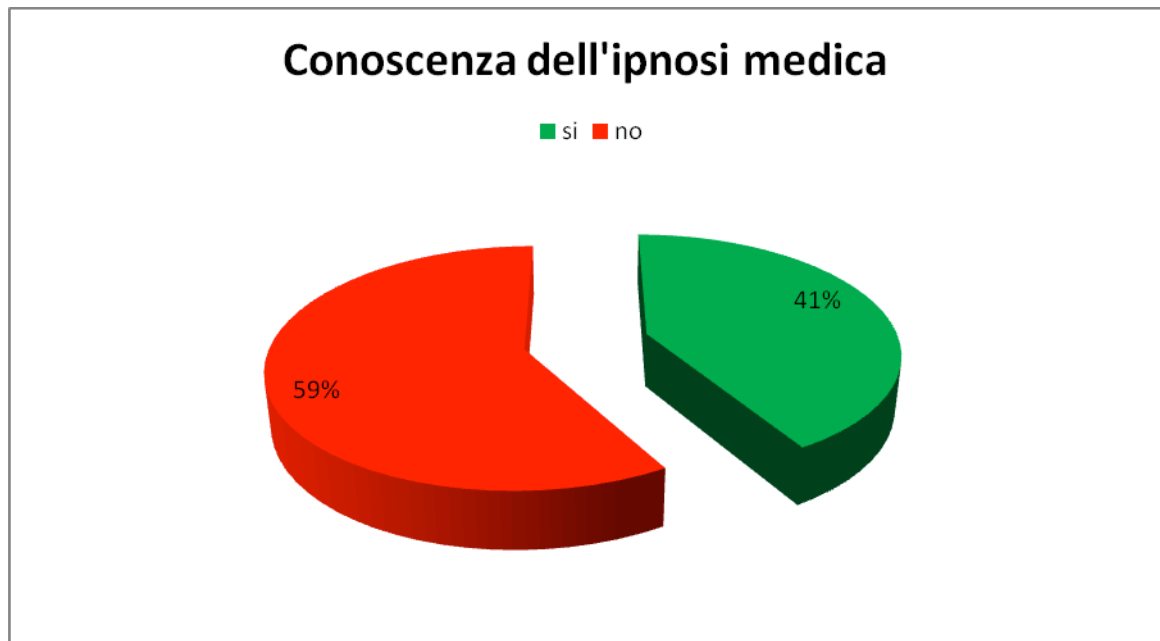
- Età:

- 18-28 anni
- 29-38 anni
- 39- 48 anni
- Maggiore di 48 anni



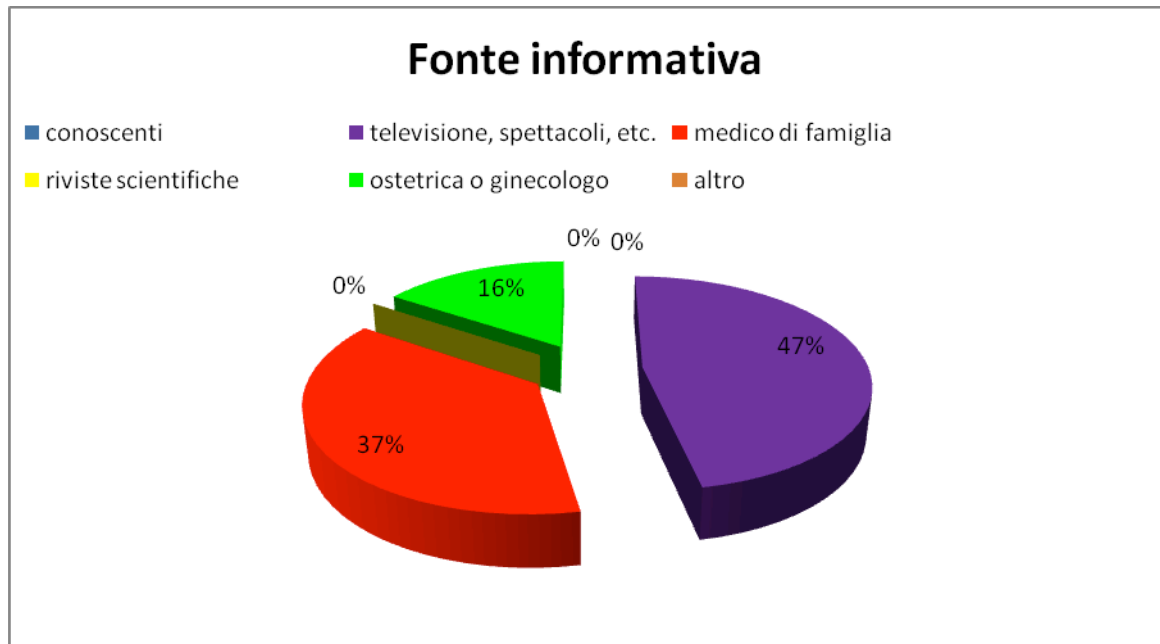
- Ha mai sentito parlare di IPNOSI MEDICA?

- SI
- NO

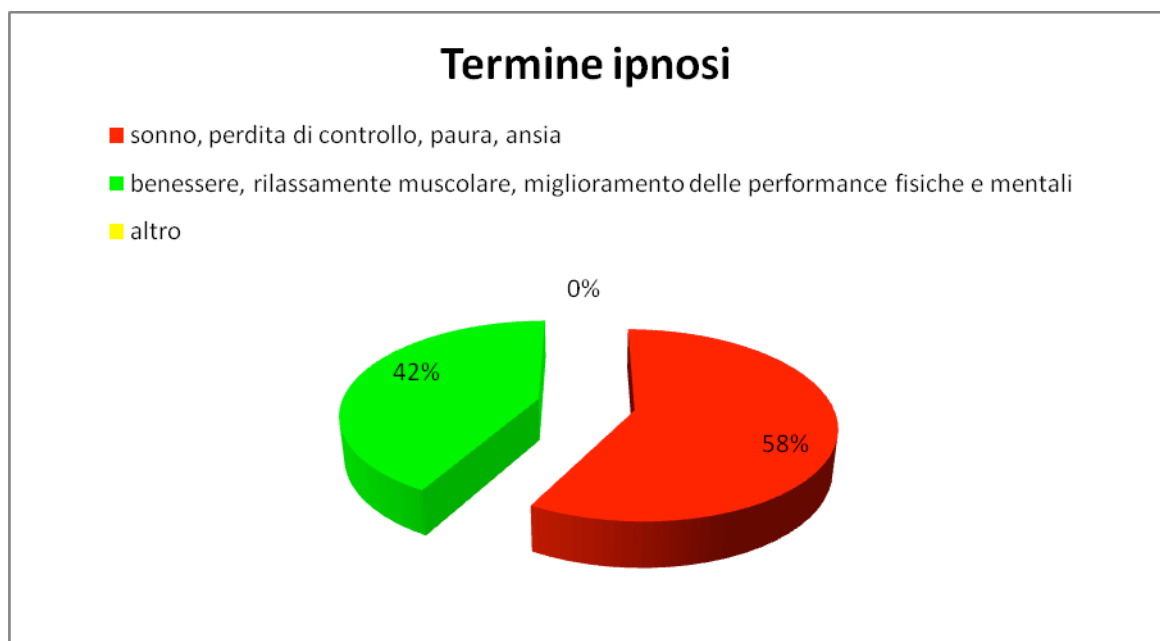


- Se SI, da chi?

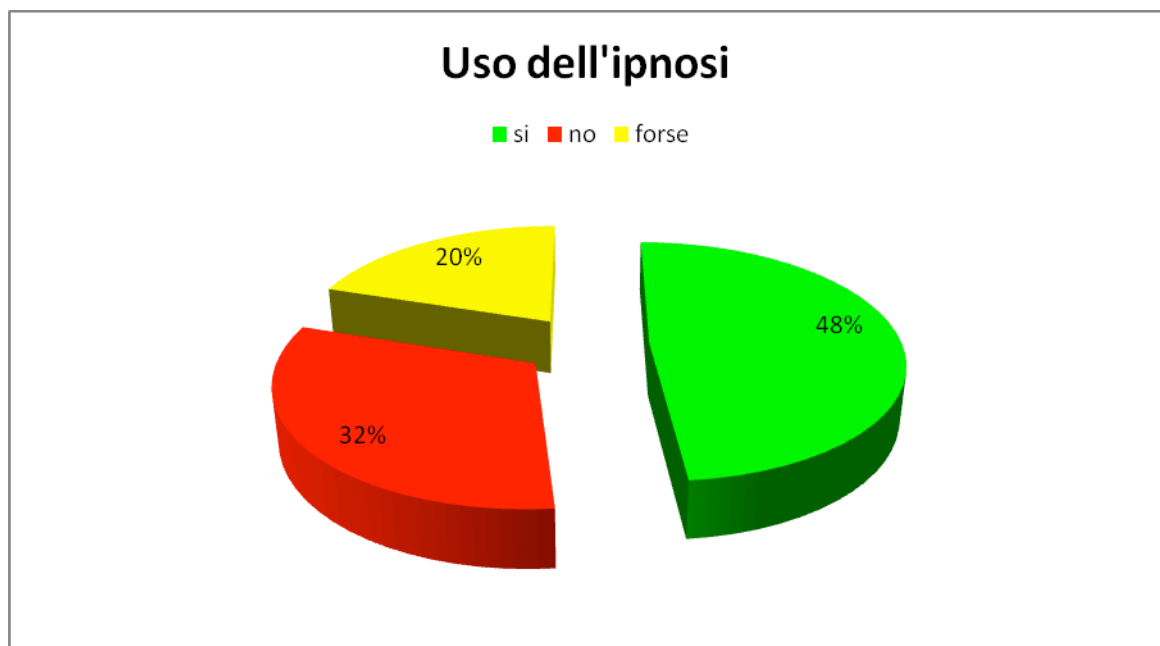
- Conoscenti
- Televisione, spettacoli, etc.
- Medico di famiglia
- Riviste scientifiche
- Ostetrica o altre figure sanitarie
- Altro.....
-



- A quale gruppo di parole assocerebbe il termine IPNOSI?
 - Sonno, perdita di controllo, paura, ansia;
 - Benessere, rilassamento muscolare, miglioramento delle performance fisiche e mentali, riduzione dello stato di ansia;
 - Altro.....

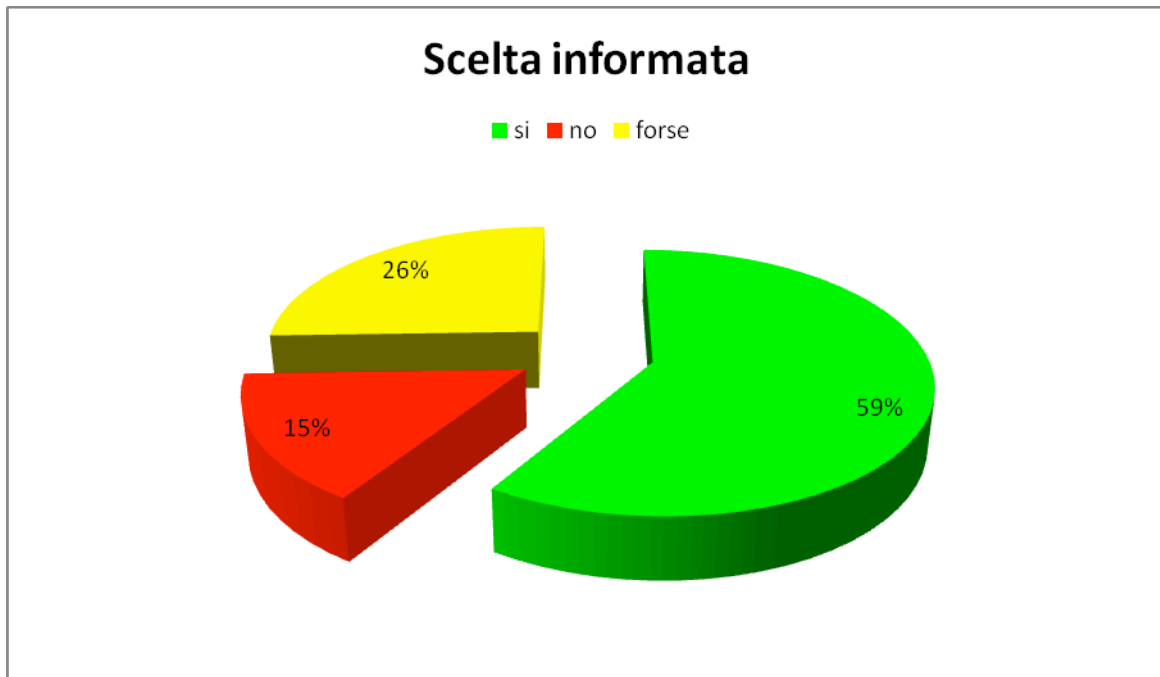


- Se le venisse offerta la possibilità di sfruttare, con le conoscenze che possiede in materia, l'ipnosi medica durante il travaglio e il parto, lo farebbe?
 - Si
 - No
 - Forse



>Spiegazione<

- E dopo questa breve informazione sulle metodiche e le potenzialità dell'ipnosi?
 - Si
 - No
 - Forse



7.5 Discussione

Durante l'analisi dei risultati ottenuti dai 200 questionari, ho valutato che, le persone assistite, dopo aver ricevuto informazioni esaustive sull'ipnosi medica, sono disposte ad utilizzarla durante il loro travaglio e parto. La percentuale di donne che sceglierebbe l'ipnosi è il 48%; dopo la mia spiegazione, si sale al 59%.

Raccomandazioni

- B** Alla donna dovrebbero essere fornite informazioni basate su prove di efficacia, ove disponibili, in modo da supportare la decisione sul metodo di assistenza. A tale scopo devono essere spiegati i benefici ed i rischi di ciascuna tecnica rispetto ad una sola politica di sostegno ed accompagnamento del travaglio.
- B** l'organizzazione di un piano di assistenza per il supporto e il contenimento del dolore in travaglio di parto deve tenere conto dei bisogni e della situazione clinica della persona assistita oltre che delle risorse/vincoli presenti nella singola struttura/situazione nella quale avviene in parto¹.

La scelta informata è la base di ogni percorso clinico assistenziale, ed è supportata da molte evidenze scientifiche; credo che, se gli operatori sanitari, in questo caso ostetrica e ginecologo, si impegnassero un po' di più nella diffusione dell'ipnosi medica, questa sarebbe una delle principali scelte delle donne come metodo di contenimento del dolore non farmacologico in travaglio e parto.

Bibliografia Capitolo 7

¹ Linee Guida Nazionali di riferimento, Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico – prima stesura.

RINGRAZIAMENTI

Anche questa tesi la dedico a Voi, la mia famiglia! Voi che continuate a supportarmi e sopportarmi nonostante io sia una “testa calda”; Voi che anche quando ci urliamo addosso non perdetes occasione di ricordarmi che mi volete bene; Voi che anche se tutto cambia siete il mio punto fermo; Voi che siete l’inizio e la fine di ogni mia giornata; Voi che siete tutto.

Questa tesi è anche dedicata a tutti coloro che dopo aver letto la parola IPNOSI nel titolo non si fermano all’apparenza e ai falsi miti, ma si mettono a sfoglarla con curiosità; questa è la giusta strada verso il cambiamento e il progressivo aumento dell’utilizzo di questa tecnica così utile e senza “effetti collaterali”.

I miei più grandi ringraziamenti vanno a Giuseppe Regaldo, per me ormai detto “Pino” che ha saputo trasmettermi con pazienza e tanta pratica la passione per l’ipnosi, metodica senza cui, lo confesso, ora non riesco più a vivere.

Voglio in ultimo ringraziare tutti i docenti del CIICS che mi hanno dato un quadro più generale del vasto utilizzo di questa tecnica nelle varie specialità.