

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**
Anno 2024



IPNOSI E TRATTAMENTO OSTEOPATICO POST-PARTUM
L'utilizzo dell'ipnosi in casi di cesareo d'urgenza come strumento di supporto
nella gestione del trauma e del dolore
CASI CLINICI

Candidato: Dott.ssa Giada Preti

Relatore: Dott.ssa Milena Muro
Correlatore: Dott.ssa Manuela Zavatteri

Abstract

Questa tesi esplora l'utilizzo dell'ipnosi clinica a orientamento granoniano e del trattamento osteopatico come strumenti sinergici nel supporto post-partum, in particolare nei casi di cesareo d'urgenza.

Viene analizzato l'approccio integrato per la gestione del dolore, del trauma e del disagio corporeo, con attenzione agli aspetti neurofisiologici, simbolici e relazionali.

La tesi include un'analisi teorica, protocolli terapeutici specifici e 3 casi clinici .

Il lavoro si propone di fornire un contributo clinico-operativo per la gestione umanizzata del post-cesareo in chiave interdisciplinare.

Indice

Introduzione

Capitolo 1 – Fondamenti dell'ipnosi in ambito clinico

- 1.1 Definizione e caratteristiche dell'ipnosi
- 1.2 le fasi della procedura ipnotica
- 1.3 Ipnosi e modulazione del dolore
- 1.4 Applicazioni dell'ipnosi in medicina riabilitativa

Capitolo 2 – Il cesareo d'urgenza: caratteristiche e implicazioni

- 2.1 Definizione e indicazioni del taglio cesareo d'urgenza
- 2.2 Conseguenze fisiche: cicatrice, dolore, limitazioni motorie
- 2.3 Conseguenze psicologiche: trauma, ansia, depressione post-partum

Capitolo 3 – L'uso dell'ipnosi nel trattamento osteopatico cesareo d'urgenza

- 3.1 Il trattamento osteopatico post-partum
- 3.2 Sinergia con l'ipnosi

Capitolo 4 – Trattamento osteopatico e ipnosi: protocolli terapeutici integrati

- 4.1 Protocollo osteopatico post-cesareo
- 4.2 Integrazione ipnosi–osteopatia: protocollo combinato
- 4.3 Fasi del Protocollo

Capitolo 5 – Casi Clinici

Conclusione

Appendici

- A. Scheda Anamnestica e di Osservazione Funzionale
- B. Scheda STAI – Versione Post-Cesareo
- C. Scala di impatto dell'evento IES-R
- E. Questionario di Soddisfazione

Bibliografia

Introduzione

La nascita di un figlio rappresenta, nella vita di una donna, un evento di profonda trasformazione fisica, emotiva e relazionale. Tuttavia, quando questo momento si svolge in condizioni di emergenza e fuori controllo, come nel caso del parto cesareo d'urgenza, può assumere connotazioni traumatiche, impattando negativamente sul benessere psicofisico della madre. Il cesareo d'urgenza, pur essendo un intervento salvavita, interrompe spesso bruscamente il processo fisiologico del parto e può generare nella donna una serie di reazioni complesse: dolore persistente, senso di fallimento, distacco dal proprio corpo, difficoltà nel legame madre-neonato e, in alcuni casi, la comparsa di veri e propri disturbi post-traumatici. In un'epoca in cui la medicina perinatale si orienta sempre più verso l'integrazione tra dimensione corporea e psicologica, si fa strada l'esigenza di strumenti terapeutici capaci di accompagnare la donna nel recupero non solo fisico, ma anche emozionale e identitario dopo un parto traumatico.

In questo contesto si inseriscono due approcci complementari e integrabili:

- L'ipnosi clinica, riconosciuta per la sua efficacia nella modulazione del dolore, nella rielaborazione di esperienze traumatiche e nel supporto psicologico nel post-partum;
- Il trattamento osteopatico, che lavora in modo specifico sul riequilibrio posturale, viscerale e fasciale del corpo femminile, sostenendo il processo di guarigione e favorendo un ritorno all'omeostasi.

L'unione di questi due approcci permette di affrontare in modo sinergico le conseguenze del cesareo d'urgenza: l'ipnosi agisce sulla sfera percettiva e narrativa dell'esperienza traumatica, mentre l'osteopatia interviene sulle disfunzioni somatiche e sulla memoria corporea dell'evento. Il corpo, in questo modello, non è solo "luogo della ferita", ma diventa spazio attivo di trasformazione, di riconnessione con sé stesse e di rinascita.

La presente tesi si propone di:

- Esplorare i fondamenti teorici dell'ipnosi clinica e della sua efficacia nel trattamento del dolore e del trauma post-cesareo;
- Analizzare le caratteristiche del cesareo d'urgenza, le sue implicazioni fisiche e psicologiche, e l'impatto sul percorso di maternità;
- Presentare protocolli terapeutici integrati e casi clinici reali che mostrino l'efficacia dell'ipnosi e dell'osteopatia nel contesto post-partum;

L'obiettivo è contribuire alla diffusione di pratiche terapeutiche sensibili, rispettose della complessità dell'esperienza femminile, e capaci di restituire alla donna una narrazione positiva, integrata e trasformativa della propria nascita come madre.

Materiali e Metodi

Si tratta di una tesi sperimentale impostata con l'arruolamento di 3 donne, presso il mio ambulatorio privato sito a Rimini, che hanno partorito con un taglio cesareo d'urgenza da almeno (3-18 mesi) con sintomi e problematiche insorte o peggiorate da esso e con difficoltà a farsi trattare e trattarsi in autonomia la cicatrice.

E' stato creato un protocollo riabilitativo-osteopatico integrato con ipnosi, durante il quale le Donne hanno ricevuto 1 trattamento a settimana per 4 settimane della durata di 45/60 minuti.

Suddividendelo in 4 Fasi, Accoglienza e valutazione, gestione del dolore e del trauma, rinforzo funzionale e psicoeducazione e in per ultima fase chiusura e follow up.

Capitolo 1 – Fondamenti dell'ipnosi in ambito clinico

1.1 Definizione e caratteristiche dell'ipnosi

Al di là delle credenze comuni e di quelle create dai mass media, il processo ipnotico non presenta niente di magico o soprannaturale. L'ipnosi, infatti, è una una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monodeismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata *ipnosi*, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emoive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica.

L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo autoo etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motorî. (1)

Il meccanismo d'azione dell'ipnosi ha i suoi fondamenti nella interdipendenza psichica, somatica, viscerale e ambientale. Le possibilità della condizione ipnotica sono tutte fondate sull'unità psicosomatica. Con la comunicazione ipnotica si suggerisce un'idea, che si risolve in rappresentazione e la rappresentazione in sensazioni esperite. Quello che occorre sono: - rappresentazioni adatte allo scopo - costellazioni neurali, innate o acquisite, che mettano in moto particolari funzioni complesse e determinate - circuiti interni che consentano un flusso continuo da e verso il cervello di messaggi variamente codificati Perché ciò possa avvenire è necessario che la rappresentazione abbia una forza iconica tale da produrre un monoideismo.

Il monoideismo è la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico (2) quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile. La componente emozionale del monoideismo è imprescindibile. Non è la coscienza che agisce, ma l'ideoplasia con una certa elaborazione a livello dell'Inconscio poietico (3).

(1) Atti del gruppo di lavoro dei didatti del IFG-CIICS.

(2) Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Gasparotti F, Albertini A, Lapenta AM, Venneri A. Granone's plastic monoideism demonstrated by functional magnetic resonance imaging (fMRI). *Psychology* 2019; 10: 434-448.

(3) Casiglia E, Tikhonoff V, Facco E. The unconscious experimentally demonstrated by means of hypnosis. *Psychology* 2016; 7: 469-479.

1.2 Le fasi delle procedure Ipnotiche

Ogni procedura ipnotica prevede uno specifico processo che si articola in differenti fasi:

1) Pre-talk

In questa fase si creano i presupposti per il lavoro successivo, si lavora sull'ascolto e la costruzione della fiducia per abbassare le resistenze, si condividono gli obiettivi, si individuano i canali comunicativi preferenziali.

2) Induzione

Utilizzo di diverse modalità, adeguate all'operatore e al soggetto, atte ad accompagnare il paziente in trance ipnotica e ad innescare un monoideismo. L'induzione è efficace quando posso osservare nel soggetto un cambiamento nell'aspetto fisico e nel comportamento (ad esempio il rallentare del respiro, la distensione della muscolatura) e almeno un fenomeno ipnotico genuino, spontaneo e involontario (es. deglutizione).

3) Corpo

È questo il cuore della procedura ipnotica; in questa fase si rende possibile il cambiamento. L'ipnotista struttura una narrazione metaforica costruita ad hoc per rispondere all'obiettivo concordato con il paziente, sceglie con cura, personalizzandole, sia le metafore che le parole da utilizzare affinché possano essere il più pregnanti possibili per quello specifico soggetto. La metafora utilizza il linguaggio dell'inconscio, utilizza simboli, immagini, che, quando sapientemente scelti, introducono nuovi significati e nuove possibilità. "La metafora consente di inviare messaggi terapeutici indiretti direttamente rivolti all'inconscio costruttivo del soggetto: soprattutto quando la parte conscia mostra rigidità o resistenze di varia natura"(4). La metafora è strutturata su due livelli: uno, più superficiale, costituito dalla storia che racconta; l'altro è il linguaggio simbolico che rimanda a ciò che il simbolo(5) rappresenta. Il simbolo è qualche cosa che sta per qualcuno al posto di qualcos'altro. La figura simbolica contiene informazioni supplementari; l'utilizzo della simbologia apre le porte ad una miriade di significati. È tuttavia necessario ricordare che il contenuto del simbolo non può mai essere conosciuto esaurientemente; *"ciò vuol dire che il significato della figura simbolica è sempre eccedente la figura stessa, ovvero che ci sono anche altri significati oltre a quello codificato per convenzione"* (6). Conseguenza di quest'osservazione è che, essendo il contenuto dei simboli inesauribile, l'attività interpretativa non conosce limiti né soluzione definitiva; la comprensione del simbolo, pertanto, non risulta essere un'attività conclusa da cui apprendere i risultati, quanto piuttosto un'esperienza in continuo movimento che consente l'apporto di significati sempre diversi. Il simbolo dunque, lungi dall'essere statico, è una realtà viva, che agisce su ciascun individuo rimanendo aperto a nuove interpretazioni. Il pensiero simbolico è prerogativa dell'essere umano, l'utilizzo dei simboli è universale; pertanto essi sono rintracciabili in ogni tempo e in ogni luogo. Precedendo il linguaggio ed il ragionamento discorsivo, il simbolo è rivelatore di quei tratti profondi della realtà altrimenti irraggiungibili.

4) Ancoraggio

Il paziente viene condizionato ad associare ad un gesto, ad una parte del corpo, un suono a quel particolare stato che ha raggiunto in ipnosi e che l'ipnoterapeuta vuole ritrovi, in modo autonomo, nella quotidianità. L'ancora è uno strumento, un legame profondo e saldo tra lo stimolo sensoriale proposto e lo stato comportamentale-emotivo-sensoriale sperimentato durante l'ipnosi. Il soggetto sceglierà poi, consapevolmente, di attivare la suggestione postipnotica ogni qual volta in cui sentirà il bisogno.

5) Esduzione

In questa fase il soggetto viene lentamente "riaccompagnato" a prendere il contatto con la realtà esterna. Possono essere utilizzate diverse formule che mirino a riconnettere il paziente con gli stimoli sensoriali esterni ed interni, in modo tale da riprendere consapevolezza cosciente del proprio corpo e dei propri pensieri. (7)

(4) C.C. Casula, (2026), p. 22

(5) Il vocabolo deriva dal verbo greco sym-ballo che significa mettere insieme, far combaciare cose diverse. Symbolon fu il termine originariamente utilizzato per indicare la tessera dell'ospitalità, un oggetto spezzato a metà che, distribuito ai membri di due diverse famiglie permetteva il riconoscimento reciproco e rammentava il rapporto d'alleanza che, attraverso l'atto di rottura e di assegnazione dell'oggetto, era stato stabilito. Ogni metà dell'oggetto rimanda all'altra anche in sua assenza, divenendo segno visibile di una realtà impercettibile.

(6) Pasqualotto, (2007), p. 13

(7) Milani Francesca, (2024), Tesi CHCS – L'ATTESA, l'uso dell'ipnosi in gravidanza

1.3 Ipnosi e modulazione del dolore

L'ipnosi è ampiamente riconosciuta come efficace strumento per la modulazione del dolore acuto e cronico. (8) (9) L'effetto analgesico ipnotico si basa su una duplice azione:

1. Distrazione attentiva: la focalizzazione dell'attenzione su elementi interni (immagini, sensazioni piacevoli, suggestioni) riduce l'elaborazione centrale del dolore.
2. Ristrutturazione cognitiva: l'ipnosi può modificare il significato attribuito al dolore, rendendolo più tollerabile.

Numerosi studi clinici e meta-analisi hanno confermato l'efficacia dell'ipnosi nella riduzione del dolore associato a:

- Parto e travaglio
- Procedure chirurgiche
- Terapie oncologiche
- Dolore muscoloscheletrico cronico

In neuroimmagini, durante l'analgia ipnotica si osserva una riduzione dell'attività nelle regioni deputate all'elaborazione sensoriale del dolore (corteccia somatosensoriale) e un aumento dell'attività nella corteccia prefrontale, suggerendo un controllo top-down sul dolore. (10)

(8) Granone, F. (1989). Ipnosi e suggestione: Studio neuropsicofisiologico e clinico. Roma: Edizioni Mediterranee.

(9) Granone, F., & Rosa, P. (1983). Ipnosi e psicoterapia. Roma: CIICS.

(10) Della Marca, R., & Granone, F. (1991). Neurofisiologia dell'ipnosi: Evidenze cliniche ed elettrofisiologiche. Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale, 5(2), 115–126.

1.4 Applicazioni dell'ipnosi in medicina riabilitativa

In ambito riabilitativo, l'ipnosi viene impiegata per facilitare il recupero funzionale attraverso la riduzione del dolore, il miglioramento del range e la gestione dei sintomi psicosomatici. Le principali applicazioni includono:

- Riabilitazione post-chirurgica: ad esempio, in seguito a taglio cesareo o interventi ortopedici, l'ipnosi contribuisce al controllo del dolore e dell'ansia, accelerando il processo di guarigione.
- Recupero motorio: l'utilizzo dell'ipnosi attraverso l'immaginazione motoria può facilitare la neuroplasticità e migliorare il recupero in casi di ictus o lesioni muscolari e articolari.
- Trattamento delle sindromi da dolore cronico: in patologie come la fibromialgia o la sindrome del dolore miofasciale, l'ipnosi aiuta a ridurre la percezione del dolore e migliora la qualità della vita.
- Disturbi psicosomatici: l'ipnosi è efficace nel ridurre somatizzazioni, tensioni muscolari e disturbi funzionali che possono ostacolare il processo riabilitativo.

L'ipnosi si configura come uno strumento terapeutico valido e supportato da evidenze scientifiche, in grado di modulare l'esperienza del dolore e facilitare i processi riabilitativi. La sua integrazione nella medicina moderna, e in particolare nel contesto peri- e post-partum, rappresenta un'opportunità per una cura più globale e centrata sulla persona.(11)

(11) Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale – CIICS. (s.d.). Materiale didattico e documentazione. www.ciics.com

Capitolo 2 – Il cesareo d’urgenza e le sue implicazioni

2.1 Definizione e indicazioni del taglio cesareo d’urgenza

Il taglio cesareo d’urgenza è un intervento chirurgico ostetrico che si rende necessario in presenza di condizioni cliniche che compromettono la sicurezza della madre, del bambino o di entrambi, e che richiedono una nascita immediata. A differenza del cesareo elettivo, programmato in anticipo per motivi medici o su richiesta materna, il cesareo d’urgenza si esegue in modo imprevisto e in tempi rapidi, spesso nel corso del travaglio.

Principali indicazioni cliniche:

- Sofferenza fetale acuta (alterazioni del tracciato cardiocotografico)
- Distocia dinamica o meccanica (blocco del travaglio)
- Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita
- Prolasso di funicolo
- Emorragie ostetriche
- Rottura d’utero
- Fallimento del parto vaginale operativo (es. ventosa)

La classificazione dell’urgenza può variare, ma spesso si fa riferimento al sistema della Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), (12) che distingue tra cesarei di:

Categoria 1 (emergenza immediata, minaccia di vita)

Categoria 2 (compromissione del benessere fetale/materno, ma non imminente)

Categoria 3 (cesareo urgente senza pericolo immediato)

La necessità di intervenire rapidamente implica tempi ridotti per l’informazione e la preparazione della madre, influenzando significativamente l’esperienza del parto.

2.2 Conseguenze fisiche del cesareo d’urgenza

Il taglio cesareo, pur essendo un intervento generalmente sicuro, comporta una serie di esiti fisici e funzionali, che possono avere un impatto importante nel periodo post-partum, soprattutto se associati a una condizione d’urgenza, dove lo stress perioperatorio è amplificato. L’intervento lascia una cicatrice sulla parete addominale, solitamente in sede sovrapubica trasversale (incisione di Pfannenstiel). Tuttavia, in situazioni d’emergenza, può essere utilizzata anche un’incisione mediana. La cicatrice può essere

dolorosa o iperestetica, dare origine a aderenze fasciali o restrizioni miofasciali, interferire con la mobilità del tronco e del bacino, avere un impatto sull'immagine corporea.

Può insorgere dolore che può derivare dalla ferita chirurgica, dalla contrazione uterina (più intensa nel post-cesareo), da tensioni viscerali e somatiche secondarie all'intervento. Il dolore acuto può diventare persistente, evolvendo in una condizione di dolore cronico post-cesareo (PCP, Post-Cesarean Pain), con incidenza stimata tra il 10% e il 20%. Inoltre possono insorgere Limitazioni motorie e funzionali dopo il cesareo, le donne possono sperimentare difficoltà nella deambulazione precoce, limitazione nei movimenti del tronco e dell'addome, compromissione della postura e della respirazione diaframmatica, difficoltà nella cura del neonato (allattamento, sollevamento, posizionamento). Queste limitazioni influenzano il recupero fisico e la qualità della vita nelle prime settimane postpartum.(13)

2.3 Conseguenze psicologiche del cesareo d'urgenza

L'impatto del cesareo d'urgenza non si limita al piano fisico, ma coinvolge profondamente anche la sfera psicologica ed emotiva della donna. Molte donne descrivono il cesareo d'urgenza come un evento traumatico, a causa di:

- Improvvisa interruzione del parto vaginale
- Sensazione di perdita di controllo
- Ambiente medico frenetico e percepito come ostile
- Distacco precoce dal neonato

Tali esperienze possono dar luogo a sintomi post-traumatici, tra cui flashback, iperattivazione neurovegetativa, insonnia, evitamento, con quadri compatibili con il Disturbo da Stress Post-Traumatico Postpartum (PTSD-P).(14) (15)

Il cesareo d'urgenza può innescare vissuti di fallimento, inadeguatezza o colpa per non essere riuscite a "partorire naturalmente", in particolare se non adeguatamente supportate dal punto di vista informativo e relazionale. Questo può generare ansia anticipatoria per eventuali gravidanze future ed insicurezza nella gestione del neonato.

Diversi studi indicano un aumento del rischio di depressione post-partum nelle donne che hanno subito un cesareo non pianificato, soprattutto se vissuto come traumatico. I fattori di rischio includono: dolore fisico persistente, assenza di supporto familiare o professionale ed esperienze precedenti di disagio psicologico; inoltre potrebbe interferire negativamente con il legame madre-neonato (bonding), l'allattamento e la qualità della vita materna e familiare. (16)

Il cesareo d'urgenza è un intervento salvavita che può avere però implicazioni complesse e multidimensionali, sia fisiche che psicologiche. Un approccio terapeutico integrato, che tenga conto non solo dell'aspetto chirurgico, ma anche delle ripercussioni sul piano corporeo, emotivo e relazionale, è fondamentale per favorire un recupero globale. In questo contesto, interventi complementari come l'ipnosi clinica e il trattamento osteopatico post-cesareo possono rappresentare strumenti preziosi di supporto e riabilitazione.

(12) Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates. *PLoS ONE*, 11(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

(13) Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth—Few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetric indications. *Midwifery*, 27(5), 620–627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.005>

(14) Thompson, J. F., Roberts, C. L., Currie, M., & Ellwood, D. A. (2002). Does Caesarean Section Delivery Influence Perinatal Depression? A Prospective Study. *Birth*, 29(3), 170–176.

(15) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG. (2010). Classification of urgency of caesarean section – NICE Guidelines. www.rcog.org.uk

(16) Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>

Capiolo 3 – L'uso dell'ipnosi nel trattamento osteopatico post cesareo d'urgenza

3.1 Il trattamento osteopatico post parto cesareo

Nel corso della mia professione ho assistito molte donne che dopo il parto cesareo manifestavano diversi disturbi indesiderati. I trattamenti osteopatici/riabilitativi effettuati nel periodo post-partum rappresentano un importante strumento terapeutico manuale, finalizzato a ristabilire l'equilibrio biomeccanico, viscerale e neurovegetativo del corpo materno dopo il parto, in particolare nei casi di cesareo. Infatti dopo un taglio cesareo, il corpo della donna può sviluppare:

- Aderenze fasciali nella zona addomino-pelvica
- Alterazioni posturali compensatorie
- Tensioni viscerali (utero, intestino, vescica)
- Disfunzioni del diaframma toracico e pelvico

Queste alterazioni possono compromettere la mobilità, la respirazione, il ritorno venoso, la digestione e il corretto funzionamento neurovegetativo.

Il trattamento osteopatico post-cesareo mira a:

- Migliorare la mobilità dei tessuti cicatriziali
- Ripristinare la dinamica respiratoria e addominale
- Facilitare il riequilibrio del sistema neurovegetativo
- Supportare il sistema endocrino e immunitario nella fase di recupero

Inoltre l'osteopatia agisce anche a livello del sistema limbico e della propriocezione corporea, contribuendo al reinserimento del corpo nella coscienza post-traumatica.(17)

Inoltre il cesareo d'urgenza, per le sue caratteristiche di imprevedibilità, invasività e potenziale minaccia per la vita propria o del bambino, rappresenta un evento ad alto impatto psicoemotivo. La letteratura descrive come una percentuale non trascurabile di donne sviluppi sintomi post-traumatici da stress (PTSD) o disturbi affettivi post-partum correlati a un'esperienza di parto percepita come traumatica che può influire sul tono dell'umore, sul sonno, sull'attenzione, sulla percezione del dolore e sulla cura di sé stesse e del proprio bambino.(18)

Nel contesto post-cesareo, l'ipnosi può:

- Ridurre il dolore viscerale e somatico post-operatorio
- Favorire il rilassamento muscolare e la respirazione
- Migliorare la compliance alla mobilizzazione precoce
- Ridurre il consumo di analgesici, con benefici anche in fase di allattamento

Oltre all'azione sul dolore fisico (19), l'ipnosi si rivela efficace nella gestione delle componenti traumatiche e dissociative associate al cesareo d'urgenza. L'induzione ipnotica crea uno stato di coscienza modificata che permette di:

- Rievocare l'evento in modo controllato e distanziato
- Ridefinire il significato dell'esperienza attraverso una narrazione trasformativa
- Rinforzare le risorse interne (coping, resilienza)
- Favorire il riappropriarsi del proprio corpo dopo un'esperienza vissuta come espropriante

L'ipnosi agisce su molteplici dimensioni dell'esperienza post-cesareo:

- Riduzione multifattoriale del dolore (fisico, emozionale, anticipatorio)
- Recupero del senso di controllo e agency
- Miglioramento del bonding materno-infantile
- Prevenzione di esiti psicopatologici a lungo termine

In questo contesto, l'ipnosi clinica si inserisce come un intervento neuropsicologico integrativo, capace di modulare la percezione corporea, ridurre la reattività agli stimoli stressogeni, e favorire l'elaborazione dell'esperienza traumatica. Questa sinergia è particolarmente indicata nel trattamento di donne che hanno vissuto il parto cesareo d'urgenza come esperienza traumatica, con esiti psicosomatici e funzionali.

3.2 Sinergia con l'ipnosi

L'integrazione tra ipnosi e osteopatia consente:

- Un doppio accesso: da un lato neuropsicologico (tramite l'ipnosi), dall'altro somatico (tramite la manipolazione osteopatica)
- La potenziamento degli effetti del trattamento manuale grazie alla maggiore recettività del paziente in stato ipnotico

- Una riorganizzazione profonda del vissuto corporeo, utile in casi di dissociazione post-traumatica

L'approccio ipnotico integrato al trattamento osteopatico/riabilitativo può essere strutturato in sessioni individuali brevi, anche nel periodo immediatamente successivo al parto. L'efficacia dell'ipnosi risulta amplificata quando integrata in un approccio multidisciplinare che coinvolga anche fisioterapisti, ostetriche, psicologi e osteopati.

(17)Foti, C., et al. (2017). Manual therapy effectiveness in the post-partum period: Review and clinical implications. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(2), 382–390.

(18)Frymann, V. M. (1998). *The Collected Papers of Viola M. Frymann: Osteopathy and the Cranial Concept*. San Diego: Osteopathic Studies.

(19)Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., & Wu, C. S. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labour and maternal and neonatal outcomes: A randomised controlled trial. *BJOG*, 120(6), 782–789.

Capitolo 4 – Trattamento osteopatico e ipnosi: protocolli terapeutici integrati

4.1 Protocollo osteopatico post-cesareo: protocollo manuale (viscerale, fasciale, cranio-sacrale)⁽²⁰⁻²¹⁾

Obiettivi:

- Decongestionare il piccolo bacino
- Trattare la cicatrice e le aderenze
- Regolare il sistema neurovegetativo

Frequenza consigliata: 1 seduta ogni 7–10 giorni per 4–6 settimane

Durata della seduta: 45–60 minuti:

- Valutazione posturale globale e zona lombo-pelvica
- Trattamento del diaframma toracico per liberare la respirazione
- Tecniche viscerali dolci (utero, intestino, vescica) per ristabilire la mobilità e ridurre il dolore viscerale
- Mobilizzazione della cicatrice cesarea con tecniche miofasciali
- Lavoro sul sacro, coccige e pavimento pelvico
- Approccio cranio-sacrale per riequilibrare il sistema autonomo e favorire l'integrazione corporeamente

(20) Frymann, V. M. (1998). Osteopathy and the Cranial Concept. Osteopathic Studies.

(21) Magoun, H. I. (1976). Osteopathy in the Cranial Field. Cranial Academy.

4.2. Protocollo Riabilitativo Integrato con Ipnosi Post Cesareo d'Urgenza

Obiettivo generale: Favorire un recupero psicofisico ottimale in donne che hanno subito un parto cesareo d'urgenza, attraverso un approccio integrato tra terapia riabilitativa osteopatica e tecniche di ipnosi clinica.

Frequenza consigliata: 1 seduta ogni 7–10 giorni per 4–6 settimane

Durata della seduta: 45–60 minuti (variabile in base alle condizioni individuali)

Considerazioni pratiche:

È fondamentale che l'ipnosi venga eseguita da un professionista formato.

Il protocollo deve essere flessibile: alcune pazienti potrebbero necessitare di più tempo.

È utile proporre l'ipnosi anche in gravidanza.

4.3 Fasi del protocollo:

Fase 1 – Accoglienza e valutazione dello stato psicologico e fisico della paziente

- Anamnesi e dati clinici del vissuto del parto;
- Test funzionali fisioterapici/osteopatici (mobilità pelvica, addominale, postura, aderenza cicatriziale) APPENDICE A
- Scala STAI per la valutazione dell'ansia (adattata al contesto post-cesareo); APPENDICE B
- Scala IES-R per la valutazione dei sintomi post-traumatici; APPENDICE C

Fase 2 – Gestione del dolore e del trauma

- Riduzione della percezione del dolore
- Inizio del lavoro sul trauma e sul senso di controllo
- Attivazione del rilassamento corporeo

Intervento:

- induzione rilassante + suggerimenti post-ipnotici per analgesia e benessere
- Esercizi respiratori e di rilassamento progressivo
- Mobilizzazione passiva

Fase 3 – Rinforzo funzionale e psicoeducazione

Obiettivi:

- Migliorare il recupero motorio
- Rafforzare l'autoefficacia
- Prevenire complicanze psicologiche (PTSD, depressione post-partum)

Intervento:

- Esercizi fisici personalizzati (core, postura, pavimento pelvico, cicatrice)
- Autoipnosi guidata (insegnamento di tecniche rapide di rilassamento)
- Strumenti di supporto: Diario della guarigione (esperienze, emozioni, esercizi giornalieri)

Fase 4 – Chiusura e follow-up

Obiettivi:

- Consolidare i risultati
- Valutare i cambiamenti clinici e psicologici
- Offrire strategie a lungo termine (ancoraggio)

Valutazioni finali:

- Ripetizione SCALE VAS, STAI, IES-R
- Colloquio conclusivo (feedback)
- Questionario di soddisfazione (APPENDICE D)

Risultati attesi:

- Riduzione della percezione del dolore ($\geq 30\%$ rispetto al baseline)
- Migliore mobilità, postura, aderenza sul piano riabilitativo/osteopatico
- Diminuzione dei sintomi ansiosi/post-traumatici
- Maggiore senso di autoefficacia e benessere soggettivo

Capitolo 5 – Casi Clinici

Il capitolo che segue presenta tre casi clinici esemplificativi dell'integrazione tra trattamento osteopatico e ipnosi clinica nel supporto alle donne che hanno vissuto un parto cesareo d'urgenza. Tali casi sono stati selezionati e strutturati con l'intento di illustrare l'applicazione pratica dei principi teorici esposti nei capitoli precedenti, nonché di offrire uno spaccato realistico e qualitativo della complessità clinica che può emergere nel periodo postpartum.

L'intervento osteopatico post-cesareo, orientato secondo il modello globale e il principio dell'autoregolazione corporea, si propone di favorire il recupero delle funzioni biomeccaniche, viscerali e neurovegetative compromesse dall'intervento chirurgico e dalle dinamiche del travaglio interrotto. Parallelamente, l'approccio ipnotico, fondato sulla scuola clinico-sperimentale di Franco Granone, viene impiegato come risorsa elettiva per facilitare la rielaborazione del trauma, la modulazione del dolore e il recupero del senso di agency e coerenza corporea da parte della paziente.

I casi riportati sono stati strutturati secondo uno schema osservativo ispirato al modello CIICS (Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale), con particolare attenzione alla fenomenologia ipnotica individuale, alla risposta ai trattamenti osteopatici e al decorso soggettivo del processo terapeutico. Gli obiettivi principali sono:

- evidenziare le specificità del vissuto post-cesareo in termini somatici e psichici;
- documentare l'efficacia della sinergia ipnosi-osteopatia nel processo di recupero e integrazione mente-corpo;
- offrire spunti concreti per la costruzione di protocolli terapeutici interdisciplinari orientati alla cura della donna nel postpartum complesso.

Nel rispetto della deontologia professionale, i nomi e i dettagli identificativi delle pazienti sono stati modificati per garantire l'anonimato, mentre la struttura narrativa dei casi è stata mantenuta quanto più fedele possibile all'esperienza clinica originale.

Caso Clinico n.1 - ALESSIA

Data valutazione: 24/03/2025

Nome paziente: ALESSIA Et : 34

Data cesareo: 09/02/2025 Tipo di cesareo: Programmato **X D'urgenza**

Motivazione del cesareo d'urgenza: Taglio cesareo d'urgenza per fallimento induzione con sospetta reazione allergica a Mefoxin e.v.

Presenza di vissuto traumatico percepito: **X** S  No Non definito

Anamnesi: Ricovero in data 07/02/2025 per induzione medica di travaglio in parto di primigravidanza a 41 settimane e 5 giorni di amenorrea; iniziata induzione con posizionamento di catetere di Foley trascervicale e somministrazione orale di misoprostolo 25 mcg. L'induzione del travaglio   proseguita con amniorexi e infusione endovenosa di ossitocina. In data 09/02/2025 eseguito taglio cesareo urgente per fallita induzione. Estrazione alle ore 9:27 di neonato vivo e vitale di sesso femminile, del peso di 3770 g. Primo puerperio e decorso post-operatorio regolari. Alla dimissione buone condizioni cliniche generali, parametri vitali nella norma.

Ricovero in data 15/02/2025 per iperpiressia in puerpera in VI giornata. Dopo accertamenti ecografici, ematochimici, urinocultura, emocultura e TNF molecolare; su indicazione infettivologica le   stata somministrata terapia antibiotica. Diagnosi: di rima endometriale disomogenea, avascolare di circa 18mm, non versamento, annessi nella norma.

Dopo visita di controllo del 26/02/2025, la paziente   stata sottoposta ad intervento di Isteroscopia operativa ecoguidata: asportazione resettoscopica di residui placentari. Il decorso post operatorio   stato regolare.

Ho avuto la fortuna di conoscere Alessia già durante la sua gravidanza, si era rivolta a me per dolori lombopelvici. Quindi dopo il parto, Avendo già in precedenza instaurato un **rapporto di fiducia** non ha esitato a contattarmi ed abbiamo iniziato questo bellissimo percorso insieme.

Alessia a sei settimane dal parto, si presenta in studio con sintomi fisici quali: dolore pelvico, tensione lombare, difficoltà a massaggiarsi la cicatrice.

L'ho accolta nel mio studio e prima di iniziare mi faccio descrivere i sintomi da Alessia che, localizza un dolore nella zona lombare maggiore a dx che le limita alcuni movimenti (scala di VAS 8) e un fastidio a livello tissutale della cicatrice che riferisce essere "cordone", impedendole di massaggiarla. Dopo aver ascoltato la descrizione che Alessia fa dei suoi sintomi le dico che può capitare che a volte le cose non vadano come ce le siamo immaginare ma che avrei potuto insegnarle una tecnica che solitamente risulta essere molto efficace con le pazienti che hanno eseguito un taglio cesareo d'urgenza e le ho spiegato in cosa consisteva questo nuovo metodo. Le chiedo se vuole impararlo e Alessia accetta, in questo modo definiamo l'obiettivo che sarà quello di ridurre il dolore lombopelvico, autotrattamento della cicatrice.(Contratto)

Ho fatto stendere Alessia sul lettino in posizione comoda, le chiedo di chiudere gli occhi e di concentrarsi sul suo respiro, iniziando a fare un paio di **descrizioni** seguite da **ricalchi** dicendole che può accorgersi di cosa sta succedendo ad ogni suo atto respiratorio.

A questo punto, **suggerisco** ad Alessia che ad ogni sue espirazione potrà abbandonarsi piacevolmente sul lettino, partendo dalla testa e via via tutto il corpo; dandole delle immagini di pesantezza. Sollevando le braccia di Alessia **ratifico** la **catalessi** che è riuscita a raggiungere. **Gratifico** Alessia e le dico che, in questa condizione dove tutti i muscoli sono rilassati e abbandonati mentre io le mobilizzerò il bacino per renderlo più funzionale lei potrà immaginarsi mentre balla una salsa, sapendo che da ragazza era un'attività che le piaceva fare, via via rendendo il bacino sempre più sciolto e più mobile. Io inizio a sentire una maggiore mobilità e quindi chiedo conferma ad Alessia se sta eseguendo il suo ballo preferito; e lei annuisce. **Gratificando** Alessia per l'ulteriore cambiamento che ogni volta che sentirà il suo bacino bloccato potrà usare l'unione del pollice e dell'indice della mano destra come **ancoraggio**, invitandola a farlo. Conclusa la seduta le dico che il suo corpo può tornare ad alleggerirsi mantenendo la mobilità raggiunta e che quando questo sarà avvenuto potrà fare un respiro profondo e riaprire gli occhi. Mi faccio raccontare l'esperienza che lei descrive essere molto positiva con una mobilità del bacino maggiore ed un VAS ridotta a 6. Per finire le chiedo di verificare l'efficacia dell'ancoraggio in autonomia, con successo.

Nelle sedute successive, oltre ad aver ripetuto il lavoro sul bacino per consolidarlo, ho introdotto anche tecniche osteopatiche sulla cicatrice integrandole alle tecniche ipnotiche usando come suggestione una corda che si scioglie man mano che la tratto come un burro che si scioglie.

Esiti:

In tutto sono state eseguite 5 sedute di osteopatia integrata a tecniche ipnotiche, al termine delle quali, Alessia ha raggiunto un netto miglioramento della mobilità del bacino e risoluzione quasi completa del dolore (da 8/10 a 2/10 in scala VAS). Inoltre ha iniziato ad eseguire in autonomia massaggi profondi sulla cicatrice, ristabilendo una percezione positiva del corpo, usando abilmente il suo ancoraggio.

Caso 2 – STEFANIA

Data valutazione: 25/03/2025

Nome paziente: STEFANIA

Età: 33

Data cesareo: 16/02/2025

Tipo di cesareo: Programmato **X D'urgenza**

Motivazione del cesareo d'urgenza: Taglio cesareo emergente fuori travaglio per tracciato cardiocografico patologico in gravidanza oltretermine.

Presenza di vissuto traumatico percepito: Sì No **X Non definito**

Anamnesi: Ricovero in data 16/02/25 per induzione medica del travaglio per gravidanza protratta oltre il termine in primigravida a 41 settimane e 6 giorni di **amenorrea**. In data 16/02/25 in considerazione del riscontro di alterazioni patologiche al tracciato cardiocografico di monitoraggio con anomalie del battito e della frequenza cardiaca del feto, prima dell'inizio della procedura di induzione eseguito taglio cesareo emergente fuori travaglio (sec. Pfannestiel). Estrazione alle ore 11:03 di neonato vivo e vitale di sesso maschile del peso 3440 g. Primo puerperio e decorso post-operatorio regolari. Alla dimissione buone condizioni cliniche generali, parametri vitali nella norma.

Ho conosciuto Stefania un paio di settimane dopo il parto, per la valutazione del suo bimbo. Durante la fase di anamnesi, dove chiedo sempre alle neo mamme di raccontarmi la gravidanza e poi la fase del travaglio e del post parto per avere un quadro preciso, emerge che durante il travaglio e prima del taglio cesareo ha sofferto di forti dolori al bacino specialmente in zona pelvica, che sono rimasti anche dopo il parto insieme alla tensione addominale e ad un problema di stipsi persistente.

Mi chiede di iniziare un percorso osteopatico per il ripristino delle funzionalità e le propongo di fare un lavoro integrato con l'aiuto dell'ipnosi clinica, lei accetta. **Contratto**

Durante la prima seduta ipnotica/osteopatica faccio accomodare Stefania sul lettino inizio a darle ordini/indicazioni motivate, chiedendole di guardare un punto fisso: "puoi accorgerti che mentre fissi quel punto pian piano lo sguardo si sfoca, le palpebre iniziano a battere più frequentemente, accumulano pesantezza fino a lasciarle abbandonate chiuse..." ; mi faccio rispondere almeno tre volte si a domande che le pongo (**yes set**) e mentre incomincio a fare una tecnica osteopatica sul bacino, inizio la fase di **descrizione**: "vedo che i tuoi occhi sono chiusi", "vedo che hai le braccia appoggiate

sul lettino”, “vedo il tuo torace sollevarsi ad ogni tuo respiro”. **Ricalco**: “puoi accorgerti di avere gli occhi chiusi”, “puoi sentire il peso del tuo corpo sul lettino”, “puoi sentire l’aria che entra ed esce ad ogni tuo respiro” e mentre sottolineo la sua esperienza attraverso i suoi sensi suggerisco modificazioni di esperienze (**suggestione**): “e mentre espiri puoi lasciare che il tuo bacino diventi sempre più pesante e abbandonato e più si abbandona più sarà rilassato e ora che il tuo pube risulta completamente “attaccato” al lettino ti renderai conto che anche se volessi sarà per te molto difficile farlo e molto più piacevole lasciarlo abbandonato....prova” (**Ratifica**). A quel punto inizio a mobilitare attivamente il pube che risulta effettivamente più abbandonato e facile da mobilitare. “E mentre il tuo corpo è in questa fase di completo rilassamento puoi immaginarlo in un luogo a te caro, che ti fa sentire al sicuro”(Suggestione). “E quando avrai realizzato nella tua mente quell’immagine, ti chiedo di segnalarmelo alzandomi un dito, quello che preferisci”(Ratifica). “ed ogni volta che vorrai potrai usare questa immagine per sentirti sicura e rilassata” (**Ancoraggio**). “Ed ora, mentre torni a concentrarti sul tuo respiro, potrai renderti conto che ad ogni tuo respiro il tuo bacino è libero di muoversi e staccarsi dal lettino; con un respiro profondo puoi riaprire gli occhi e sentirti perfettamente presente e potrai portarti dietro il ricordo di quel luogo sicuro” (**Riorientamento**).Una volta esdotta mi sono fatta raccontare l’esperienza vissuta, che descrive come molto rilassante e dice di avvertire meno dolore nella zona lombopelvica. Le chiedo di verificare l’efficacia dell’ancoraggio in autonomia, con successo.

Nelle sedute successive, oltre ad aver ripetuto il lavoro sul bacino per consolidarlo, ho introdotto anche tecniche osteopatiche viscerali per lavorare sulla funzionalità intestinale integrandole alle tecniche ipnotiche.

Esiti:

In tutto sono state eseguite 4 sedute di osteopatia integrata a tecniche ipnotiche, al termine delle quali, Stefania ha raggiunto una riduzione importante della sintomatologia ed un ripristino della mobilità addominale e della funzionalità intestinale.

Caso 3 – DEBORAH

Data valutazione: 09/07/2025

Nome paziente: DEBORAH Et : 29

Data cesareo: 27/03/2025 Tipo di cesareo: Programmato **X D'urgenza**

Motivazione del cesareo d'urgenza: Taglio cesareo d'urgenza per anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, con conseguente blocco emotivo post-partum e trauma da separazione neonatale

Presenza di vissuto traumatico percepito: **X** S  No Non definito

Anamnesi: Ricovero in data 25/03/2025 per rottura prematura delle membrane in primagravida a 40 settimane e 1 giorno di amenorrea. In data 26/03/2025 inizio induzione mediante somministrazione orale di misoprostolo per os secondo protocollo aziendale, proseguita mediante somministrazione di ossitocina e.v.. Febbre materna non specificata durante il travaglio, somministrata profilassi antibiotica e.v.. In data 27/03/2025 per tracciato cardiografico non rassicurante,   stato eseguito taglio cesareo urgente (sec. Pfannestiel), con estrazione alle ore 2.40 di neonato vivo e vitale di sesso femminile del peso di 3890 gr. Primo puerperio e decorso post-operatorio regolari. Alla dimissione buone condizioni cliniche generali, parametri vitali nella norma.

Deborah, 34 anni, giunge in consultazione circa tre mesi dopo un parto cesareo d'urgenza avvenuto in un contesto di emergenza ostetrica. Dopo l'intervento, mi racconta che le   stato negato ogni contatto e informazione sulla bambina per un tempo che, nel suo vissuto,   risultato interminabile: un'ora e quaranta senza sapere se sua figlia fosse viva o morta. Le fu riferito che la neonata era sopravvissuta ma si trovava in terapia intensiva, intubata e priva di contatto visivo o uditivo. Il primo incontro tra madre e figlia fu breve e segnato da uno shock visivo intenso: la piccola era intubata, immobile, priva di quel segnale vitale che una madre cerca istintivamente. Nei giorni successivi, Deborah, ha iniziato a manifestare sintomi di allarme post-traumatico: insonnia, angoscia ricorrente, sentimenti di colpa e di inadeguatezza materna oltre che ha dolori persistenti nella zona dorso-lombare; che lei descrive come un mattone tra le scapole. Deborah, gi  seguita dalla Psicologa del Consultorio di Rimini, ha deciso di integrare un percorso di osteopatia e ipnosi clinica con me soprattutto per il dolore persistente a livello dorsale.

Durante la prima seduta faccio accomodare Deborah nel lettino in posizione di decubito laterale destro di concentrarsi sul respiro. Inizio a descrivere la sua postura e a dirle quello di cui mi accorgo (**Descrizione**), seguito da **ricalchi** dicendole che può accorgersi di quello che sta succedendo ogni volta che l'aria entra ed esce dal suo corpo.

Dico a Deborah che: così come può sentire l'aria che entra ed esce dai tuoi polmoni può immaginare ogni cellula del suo braccio sinistro fino alla punta delle dita, riempirsi d'aria come se fossero tanti palloncini, della forma e del colore che preferisce magari quelli ad elio che volano in cielo. (**Suggestione**). Dopodichè **ratifico**, mi accorgo che il braccio pian piano si solleva partendo dalla mano il braccio sinistro e **gratifico** Deborah dicendole che è stata molto brava e continuo dicendole che così come è riuscita a sentire questo senso di leggerezza sul braccio sinistro adesso la stessa sensazione potrà riportarla nella zona dorsale; quella zona che lei mi aveva descritto sostenere un mattone, facendolo diventare di gommapiuma o di un materiale per lei diverso, più leggero. Mentre mi permette di trattarla, Deborah mi conferma che effettivamente quel peso che sente si alleggerisce sempre di più. Quindi le dico che ogni volta che sentirà questo peso nella zona dorsale, per esempio quando allatta, potrà unire pollice ed indice della mano sinistra come **ancoraggio**. La invito ad esdursi quando si sentirà pronta per farlo, concedendosi ancora qualche minuto di leggerezza ritrovata. Una volta esdotta mi faccio raccontare l'esperienza che lei definisce di ritrovata calma e serenità e le chiedo di verificare l'ancoraggio in autonomia.

Durante le sedute successive uso come suggestione sempre la leggerezza ma facendole immagine una mongolfiera, che renda tutto il suo corpo leggero e che le permetta di spostarsi in una condizione molto più piacevole insieme alla sua bambina e recuperare quel tempo che non ha vissuto nella fase iniziale, sentendosi protette e sicure insieme.

Esiti:

In tutto sono state eseguite 6 sedute di osteopatia integrata a tecniche ipnotiche, al termine delle quali, Deborah ha raggiunto una riduzione del dolore in zona dorsale (VAS: 9 / VAS: 3), ma soprattutto una maggiore consapevolezza dell'accaduto.

Conclusione

Il percorso raccontato in questa tesi ha messo in luce la complessità e la profondità dell'esperienza del parto cesareo d'urgenza, spesso sottovalutata sia dal punto di vista clinico che emotivo. Al di là della sua funzione salvavita, questo evento può lasciare una traccia profonda nel corpo e nella psiche della donna, interferendo con la sua capacità di vivere pienamente il puerperio, di relazionarsi con il proprio corpo e di entrare in connessione con il proprio bambino.

Attraverso l'analisi dei fondamenti neurofisiologici dell'ipnosi, delle tecniche di modulazione del dolore e delle applicazioni osteopatiche nel post-partum, è emerso come sia possibile accompagnare e sostenere in modo efficace il processo di guarigione della donna nella sua interezza. L'approccio integrato ipnosi-osteopatia si configura come un modello terapeutico sensibile, che riconosce il corpo come veicolo non solo di sofferenza ma anche di risorse, e la mente come parte attiva nella trasformazione del vissuto traumatico.

I protocolli terapeutici e i casi clinici presentati dimostrano come sia possibile, attraverso percorsi mirati, ridurre il dolore, migliorare la mobilità e la percezione corporea, contenere l'ansia e facilitare la rielaborazione dell'esperienza cesarea, trasformandola in un'occasione di resilienza e consapevolezza. L'ipnosi, con il suo potenziale di modificare lo stato di coscienza e facilitare l'accesso a risorse interne profonde, agisce in sinergia con il trattamento osteopatico, che lavora sul corpo in modo rispettoso e non invasivo, aiutando a sciogliere le memorie somatiche e a ristabilire l'equilibrio funzionale.

In una visione contemporanea della medicina, che si apre sempre più ai modelli integrati e alla centralità del paziente nella cura, risulta fondamentale includere pratiche che non si limitino a trattare il sintomo, ma accompagnino la persona nel processo di ri-significazione dell'esperienza vissuta. Il parto, anche se avvenuto in condizioni drammatiche o inattese, può diventare un territorio di ricostruzione del Sé, di riconnessione col proprio corpo e di riappropriazione della propria storia.

L'auspicio finale è che questo lavoro contribuisca a sensibilizzare operatori sanitari, terapeuti e professionisti del perinatale sull'importanza di interventi clinici che integrino cura del corpo e ascolto della psiche, e che riconoscano alla donna non solo il diritto alla guarigione, ma anche quello alla trasformazione e alla rinascita.

A) Scheda Anamnestica e di Osservazione Funzionale

Data valutazione: _____

Nome paziente: _____ Età: _____

Data cesareo: _____ Tipo di cesareo: Programmato D'urgenza

Motivazione del cesareo d'urgenza: _____

Presenza di vissuto traumatico percepito: Sì No Non definito

1. valutazione della mobilità pelvica

Test	Risultato	Note
Gillet test (sacro-iliaca)	Normale Ridotta Bloccata	Lato DX / SX
Spring Test (sacro)	Normale Ridotta Dolorosa	Segmento:
Movimento pelvico attivo (flesso-estensione)	Simmetrico Asimmetrico	
Test apertura ischiatica passiva	Normale Limitato Doloroso	

2. valutazione addominale e della cicatrice

Test	Risultato	Note
Linea alba / diastasi (DRA)	Assente Presente (___ cm)	
Tono addominale (superficiale/profondo)	Normale Ipotono Ipertono	
Scorrimento tissutale cicatrice (pinch e traslazione)	Libero Ridotto Doloroso	
Test aderenze profonde (torsione tissutale e sollevamento)	Presenti Assenti Profonde	
Dolore cicatriziale (VAS 0-10)	_____/10	Allodinia Dolore puntiforme Ipestesie

Osservazione durante il contatto con la cicatrice:

- Reazione emotiva spontanea (pianto, irrigidimento, verbalizzazione)
- Dissociazione evidente (assenza, sguardo fisso, stacco)

- Richiamo mnestico involontario (flashback, ricordo verbale)

3. postura e schema corporeo integrato

Parametro	Osservazione	Note
Postura in ortostatismo	Equilibrata Anomalie visibili (spec.)	
Allineamento pelvico (tilt)	Normale Ant./Post. Asimmetria	
Test respiratorio integrato (diaphragm + postura)	Fluida Limitata Paradosso respiratorio	
Riflessione sul vissuto corporeo post-cesareo	Accettazione Negazione Ambivalenza	verbalizzazione diretta o indiretta

4. test funzionali

Test	Descrizione	Risultato
Test del diaframma (palpazione + motilità)	Controllo della mobilità inspiratoria/espilatoria.	Buona Limitata
Test del muscolo psoas	In posizione supina, flessione anca contro resistenza.	Dolore Debolezza
Test di Lasegue e test neurologici	Per escludere irritazioni radicolari posturali.	Negativo Positivo (lato/segno)

Disfunzioni identificate:

- Sacro-iliaca
- Aderenze cicatriziali
- Disfunzione diaframmatica
- Diastasi addominale
- Squilibrio posturale pelvico
- Altre: _____

Contesto clinico e motivazione del consulto:

- Dolore post-operatorio
- Aderenze cicatriziali dolorose e limitanti
- Alterazioni posturali

- Difficoltà di contatto col neonato
- Elaborazione traumatica dell'evento

B) Scheda STAI – Versione Post-Cesareo

Informazioni anagrafiche

Nome e Cognome:

Età:

Data del parto cesareo:

Tipo di cesareo: [programmato / d'urgenza]

Data somministrazione:

STAI-Y1 – Ansia di Stato

Compilare pensando a come ci si sente in questo momento, in relazione all'esperienza del parto cesareo e alla situazione attuale nel post-partum.

N.	Affermazione	Per niente (1)	Poco (2)	Molto (4)
1	Mi sento calma nonostante l'esperienza del parto.			
2	Sento tensione pensando al momento del cesareo.			
3	Mi sento sicura nella gestione del post-partum.			
4	Mi sento turbata ricordando l'intervento.			

STAI-Y2 – Ansia di Tratto

Compilare pensando a come ci si sente in generale, nel proprio modo abituale di reagire a situazioni difficili o stressanti, come quella del parto o della maternità.

N.	Affermazione	Quasi mai (1)	Qualche volta (2)	Quasi sempre (4)
1	Mi sento spesso in ansia per la mia salute e quella del bambino.			
2	Riesco a rilassarmi facilmente anche in situazioni stressanti.			
3	Mi sento facilmente sopraffatta dalle responsabilità.			
4	Provo frequentemente una sensazione di			

allarme interno.

C)Scala di impatto dell'evento

(Impact of Event Scale – Revised; IES-R)
Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996
Traduzione e adattamento di Michele Giannantonio

Data: _____

Nome e Cognome: _____

Descriva brevemente l'evento traumatico: _____

Istruzioni: la seguente è una lista di difficoltà che le persone hanno talvolta in seguito ad eventi stressanti della vita. Legga per favore ogni frase ed indichi quanto l'ha coinvolta ognuna delle difficoltà in questione *relativamente agli ultimi sette giorni*.

Quanto è stato coinvolto da queste difficoltà?

1 per niente, 2 un poco, 3 moderatamente, 4 abbastanza, 5 estremamente

1. Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso
2. Ho avuto difficoltà a restare addormentato
3. Altre cose hanno continuato a farmici pensare
4. Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato
5. Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato
6. Ci ho pensato senza averne l'intenzione
7. Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale
8. Sono stato lontano da cose che potevano ricordarmelo
9. Le immagini di esso mi entravano nella mia mente all'improvviso
10. Sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente
11. Ho cercato di non pensarci
12. Sono stato consapevole di avere ancora molte emozioni su di esso, ma non sono riuscito a gestirle
13. Le mie emozioni riguardo ad esso sono state una specie di intontimento
14. Mi sono ritrovato a comportarmi o a provare emozioni come

se fossi ritornato indietro a quel momento

15. Ho avuto difficoltà ad addormentarmi

16. Ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso

17. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria

18. Ho avuto difficoltà a concentrarmi

19. Cose che me lo hanno fatto ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore

20. Ho fatto sogni su di esso

21. Mi sono ritrovato ad essere guardingo e vigilante rispetto all'ambiente o alle persone

22. Ho cercato di non parlarne

SCORING SCALA IES-R

Subscala Evitamento = media degli items 5,7,8,11,12,13,17,22

Subscala Intrusività = media degli items 1,2,3,6,9,14,16,20

Subscala Iperarousal = media degli items 4,10,15,18,19,21

Punteggio medio totale IES-R Somma delle medie delle 3 subscale

Il massimo punteggio medio di ognuna delle 3 subscale è 4, quindi il punteggio medio totale massimo della scala IES-R è 12. Bassi punteggi sono migliori. Un punteggio totale alla IES-R di 33 o superiore su un punteggio massimo di 88 significa la probabile presenza di un PTSD.

D)QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE FINALE DEL PERCORSO IPNOTICO-OSTEOPATICO POST-CESAREO

(Compilazione anonima – tempo medio: 10 minuti)

Gentile paziente,

al termine del percorso terapeutico le chiediamo di compilare questo breve questionario per raccogliere il suo vissuto soggettivo e migliorare la qualità del nostro intervento. Le sue risposte saranno trattate in forma riservata e utilizzate solo a fini clinici e di ricerca.

—

SEZIONE A – ASPETTI GENERALI

1. Come valuta, nel complesso, l'esperienza del percorso ipnotico-osteopatico?

Molto soddisfacente Soddisfacente Poco soddisfacente Deludente

2. Le spiegazioni ricevute prima dell'inizio del trattamento sono state:

Chiare e complete Abbastanza chiare Parziali o poco chiare Insufficienti o confuse

3. Si è sentita accolta e ascoltata durante il percorso?

Sempre Spesso Raramente Mai

—

SEZIONE B – EFFICACIA PERCEPITA

4. In che misura ha notato un cambiamento nel suo stato psicologico (ansia, paura, senso di colpa, vissuti traumatici)?

Molto migliorato Abbastanza migliorato Lieve miglioramento Nessun cambiamento

5. In che misura ha percepito un miglioramento del dolore fisico post-cesareo?

Scomparso o quasi assente Significativamente ridotto Leggermente ridotto Invariato

6. L'esperienza ipnotica l'ha aiutata a rielaborare l'esperienza del cesareo d'urgenza?

Sì, in modo profondo Parzialmente In minima parte No

7. Ha notato un miglioramento nella sua capacità di rilassarsi e gestire lo stress quotidiano?

Sì, nettamente Sì, moderatamente Poco Per niente



SEZIONE C – INTEGRAZIONE MENTE-CORPO

8. Ha percepito una maggiore connessione tra vissuti emotivi e sensazioni corporee nel corso delle sedute?

Sì, molto chiaramente Sì, in parte Solo occasionalmente No

9. In che misura si è sentita protagonista attiva del processo terapeutico?

Sempre Spesso Raramente Mai



SEZIONE D – OSSERVAZIONI FINALI

10. Racconterebbe con parole sue cosa ha significato per lei questo percorso?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Consiglierebbe questo tipo di intervento (ipnosi clinica + trattamento osteopatico) ad altre donne che hanno vissuto un parto cesareo d'urgenza?

Assolutamente sì Probabilmente sì Non so No

12. Ha suggerimenti o osservazioni che vorrebbe condividere?

.....
.....
.....
.....



GRAZIE PER LA SUA DISPONIBILITÀ!

Bibliografia

- (1) Atti del gruppo di lavoro dei didatti del IFG-CIICS.
- (2) Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Gasparotti F, Albertini A, Lapenta AM, Venneri A. Granone's plastic monoideism demonstrated by functional magnetic resonance imaging (fMRI). *Psychology* 2019; 10: 434-448.
- (3) Casiglia E, Tikhonoff V, Facco E. The unconscious experimentally demonstrated by means of hypnosis. *Psychology* 2016; 7: 469-479.
- (4) C.C. Casula, (2026), p. 22
- (5) Il vocabolo deriva dal verbo greco sym-ballo che significa mettere insieme, far combaciare cose diverse. Symbolon fu il termine originariamente utilizzato per indicare la tessera dell'ospitalità, un oggetto spezzato a metà che, distribuito ai membri di due diverse famiglie permetteva il riconoscimento reciproco e rammentava il rapporto d'alleanza che, attraverso l'atto di rottura e di assegnazione dell'oggetto, era stato stabilito. Ogni metà dell'oggetto rimanda all'altra anche in sua assenza, divenendo segno visibile di una realtà impercettibile.
- (6) Pasqualotto, (2007), p. 13
- (7) Milani Francesca, (2024), Tesi CIICS – L'ATTESA, l'uso dell'ipnosi in gravidanza
- (8) Granone, F. (1989). Ipnosi e suggestione: Studio neuropsicofisiologico e clinico. Roma: Edizioni Mediterranee.
- (9) Granone, F., & Rosa, P. (1983). Ipnosi e psicoterapia. Roma: CIICS.
- (10) Della Marca, R., & Granone, F. (1991). Neurofisiologia dell'ipnosi: Evidenze cliniche ed elettrofisiologiche. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, 5(2), 115-126.
- (11) Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale – CIICS. (s.d.). Materiale didattico e documentazione. www.ciics.com
- (12) Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates. *PLoS ONE*, 11(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- (13) Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth—Few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetric indications. *Midwifery*, 27(5), 620-627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.005>
- (14) Thompson, J. F., Roberts, C. L., Currie, M., & Ellwood, D. A. (2002). Does Caesarean Section Delivery Influence Perinatal Depression? A Prospective Study. *Birth*, 29(3), 170-176.
- (15) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG. (2010). Classification of urgency of caesarean section – NICE Guidelines. www.rcog.org.uk
- (16) Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>
- (17) Foti, C., et al. (2017). Manual therapy effectiveness in the post-partum period: Review and clinical implications. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(2), 382-390.
- (18) Frymann, V. M. (1998). *The Collected Papers of Viola M. Frymann: Osteopathy and the Cranial Concept*. San Diego: Osteopathic Studies.
- (19) Werner, A., Ulbjerg, N., Zachariae, R., & Wu, C. S. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labour and maternal and neonatal outcomes: A randomised controlled trial. *BJOG*, 120(6), 782-789.
- (20) Frymann, V. M. (1998). *Osteopathy and the Cranial Concept*. Osteopathic Studies.
- (21) Magoun, H. I. (1976). *Osteopathy in the Cranial Field*. Cranial Academy.

