

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

IPNOSI E GRAVIDANZA:

CASO CLINICO

Relatore

Chiar.mo Dr Massimo Somma

Candidato

Angela Vitelli

INDICE

Introduzione.....	pag 2
Il parto.....	pag 4
Ipnosi	pag 12
Ipnosi, gravidanza e parto.....	pag 15
Caso clinico.....	pag 17
Discussione e conclusioni.....	pag 22
Bibliografia.....	pag 25

INTRODUZIONE

La nascita è senza dubbio il più naturale e affascinante degli eventi in cui viene ad instaurarsi un momento di dialettica emotivo-affettiva tra la madre ed il nascituro.

Per l'embrione in via di sviluppo la madre costituisce il suo ambiente esterno in quanto, tramite essa, può ascoltare tutto ciò che si modifica nell'ambiente: i rumori addominali, il battito cardiaco materno, le voci esterne filtrate attraverso il liquido amniotico, le ansie materne, sono eventi che entrano a far parte del destino del nascituro.

Anche la gestante, durante i nove mesi, vive una trasformazione sia a livello psicologico sia a livello fisico, che può fornire non solo benessere ma anche riflessioni attente su quelli che devono essere i comportamenti più idonei per la gestione della gravidanza.

Quando parliamo di gravidanza, quindi, dobbiamo pensare al bellissimo viaggio che madre e feto percorrono insieme, scambiandosi emozioni e sentimenti; ed è in questo percorso simbiotico che si racchiude la "magia" della gravidanza.

L'emergere di forti stati emotivi, non deriva solo dai cambiamenti ormonali, ma anche dai vissuti individuali, dalle paure della donna stessa: ogni donna vive la gravidanza ed il parto in modo esclusivo.

Il parto rappresenta un avvenimento peculiare che comporta un'esperienza emozionale molto profonda ed una regressione alle più semplici e primitive sensazioni. Accanto al bisogno di abbandonarsi c'è il timore di perdere il controllo e di essere incapaci di gestire una situazione: seguire l'istinto non è cosa facile se, nella vita quotidiana, ci si deve comportare in modo tale da adeguarsi agli schemi sociali che richiedono principalmente di reprimere le proprie parti istintivo-emotive a favore di quelle mentale, razionali.

Il dolore fisico che accompagna la fase del travaglio e del parto, porta con sé un insieme di sfaccettature di natura psico-affettiva, in quanto scandisce la prima separazione tra madre e figlio, in cui il neonato diventa uno e la madre diventa l'altro essere umano.

Uno strumento di grande aiuto che può intervenire nel riequilibrio della sfera psico-emozionale, nell'insegnare a gestire il dolore, nel conoscere il proprio corpo e facilitare la comunicazione madre-bambino può essere l'ipnosi.

Questa metodica rappresenta un valido alleato per raggiungere uno stato di benessere interiore e di tranquillità che permette di attingere le potenzialità personali, ancora inesprese o addirittura represses, permettendo l'emergere e l'affermazione della mente emozionale.

IL PARTO

Il parto consiste nel complesso di fenomeni che ha lo scopo di far fuoriuscire il feto e i relativi annessi.

Il feto (corpo mobile), spinto dalle contrazioni uterine e dalle contrazioni volontarie del “torchio addominale”, percorre il canale del parto (piccolo bacino e parti molli) e viene alla luce.

In questo fenomeno madre e figlio si incontrano: i sentimenti contrastanti, costituiti dalla voglia di terminare la gravidanza ma nello stesso tempo dall'ansia del distacco, fanno sì che il bambino immaginario si incontri con quello reale.

I fenomeni della gravidanza e del parto sono sempre stati oggetto di studio, fin dagli antichi Egizi: già nel papiro di Ebers (regno della XII dinastia) sono descritti numerosi consigli medici per la terapia delle malattie delle donne e le tecniche di diagnosi della gravidanza.

Ovviamente, questi testi presentano ognuno la propria interpretazione che si rifà alle conoscenze del periodo preso in considerazione: ad esempio, i testi egizi presentano una forte componente magica che collega la guarigione al potere di sanazione proprio del Faraone; lo statuto greco femminile, erede delle tradizioni matriarcali mediterranee, confina le donne nelle teogonie e nelle mitografie “... le donne in travaglio mi invocheranno spesso, perché mia madre Latona mi ha

partorito senza dolore e le Moire, dunque hanno fatto di me la padrona delle nascite..." (Calemaco, Inno ad Artemide).

Con Ippocrate ed Aristotele si ha una visione diversa del fenomeno, anche se sia i testi del *Corpus* che quelli aristotelici, raccolgono una tradizione che non è solo colta, ma anche frutto di tradizioni e pratiche popolari, che hanno il loro fulcro nella cura fornita dalle donne alle donne.

Tutta questa ricerca si estende fino al XVII secolo quando, quest'atteggiamento di totale rispetto della naturalità del parto, comincia ad essere guardato con interesse scientifico e si inventano strumenti capaci di risolvere situazioni che sino ad allora avevano imposto il cruento sacrificio del nascituro, facendo diventare l'*Ostetricia* un' "*ars ostetrica*", che passa nelle mani di donne esperte (*sages femmes*).

La medicina materno-fetale ha dato dei frutti copiosi ma ha incrementato la medicalizzazione del parto, anche se, con il nostro secolo, si sta sviluppando la riscoperta della naturalità della nascita che si realizza con la riduzione degli interventi medici all'indispensabile e con il ritorno della figura dell'ostetrica ad un ruolo autonomo.

A scopo puramente didattico possiamo dire che il decorso clinico del parto può essere diviso in quattro parti:

- **Periodo prodromico:** presenza di contrazioni uterine inizialmente a carattere irregolare;

- **Periodo dilatante:** le contrazioni diventano regolari per durata ed intensità. In questa fase, i muscoli lunghi dell'utero si contraggono permettendo l'innalzamento della cervice con relativa dilatazione;
-
- **Periodo espulsivo:** comincia con la dilatazione completa della cervice e passaggio del feto attraverso il canale del parto;
- **Secondamento:** si ha il distacco della placenta con gli annessi fetali.

Le cause che determinano l'inizio del travaglio di parto sono discusse; è solo possibile avanzare qualche ipotesi, nessuna delle quali, da sola, è sufficiente a spiegare il fenomeno.

Ciò che conta è la tempestiva messa in moto e la coordinazione dei meccanismi che inducono l'insorgenza ed il mantenimento di contrazioni organizzate e regolari, il cui risultato sia l'armonica espansione del segmento uterino inferiore, la dilatazione cervicale, l'appianamento del collo uterino e la progressione del feto.

Il risultato del travaglio dipenderà da due fattori: la forza espulsiva del miometrio e la cedevolezza della cervice uterina.

I fattori che concorrono allo scatenamento del parto sono:

- **Fattori nervosi:** l'utero e i suoi vasi sono dotati di innervazione simpatica e parasimpatica che intervengono;
- **Fattori meccanici:** sovradistensione uterina, brusca riduzione del volume, ecc, possono stimolare la liberazione di prostaglandine;
- **Fattori ambientali:** secrezione circadiana di melatonina;
- **Fattori ormonali:** ossitocina, progesterone, estrogeni, prostaglandine sono ormoni che determinano l'attività contrattile uterina;
- **Fattori fisici**

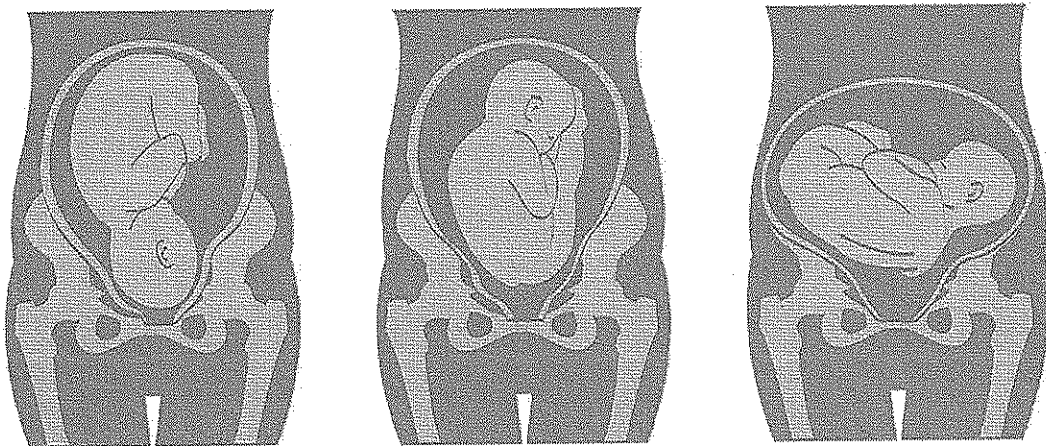
Riassumendo, possiamo dire che l'aumentata produzione di cortisolo fetale sia il primo fattore che fisiologicamente mette in moto il processo del travaglio. L'aumento del cortisolo determina a livello placentare la diminuita produzione di progesterone e l'aumento degli estrogeni. La predominanza estrogenica attiva i meccanismi basati sull'intervento dell'ossitocina e delle prostaglandine.

I circuiti di auto-potenziamento provocano lo scatenarsi vero e proprio del travaglio e la sua irreversibilità.

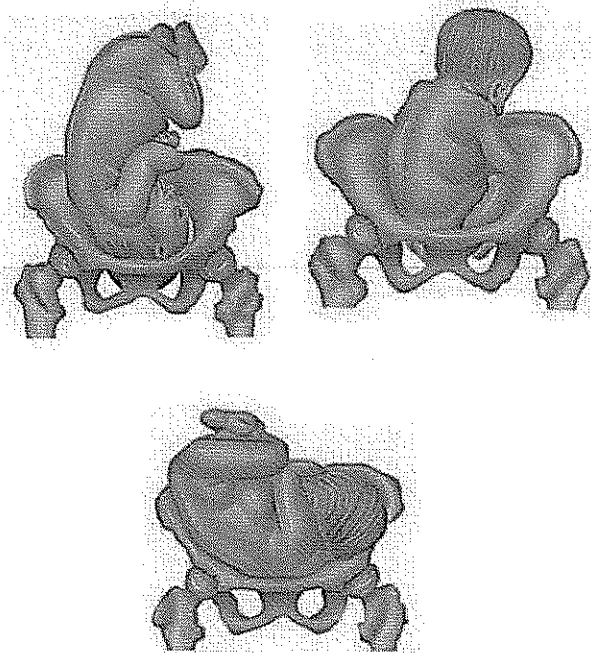
I fattori nervosi, meccanici ed ambientali, sono fattori sussidiari che talvolta prendono il sopravvento e diventano essi stessi fattori primitivi di avviamento o di freno.

Per quanto riguarda i rapporti estrinseci tra feto, utero e canale del parto esiste una precisa nomenclatura:

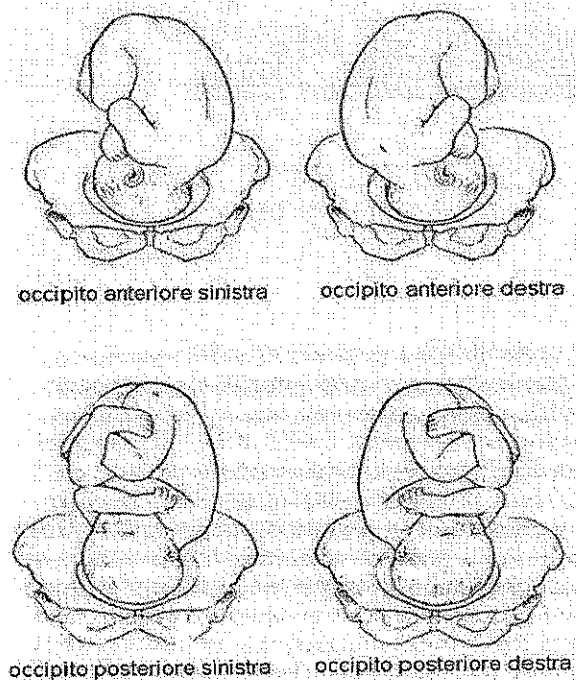
- **Situazione:** esprime i rapporti tra l'asse maggiore del corpo fetale e il maggiore asse della cavità uterina (longitudinale, trasversa e obliqua);



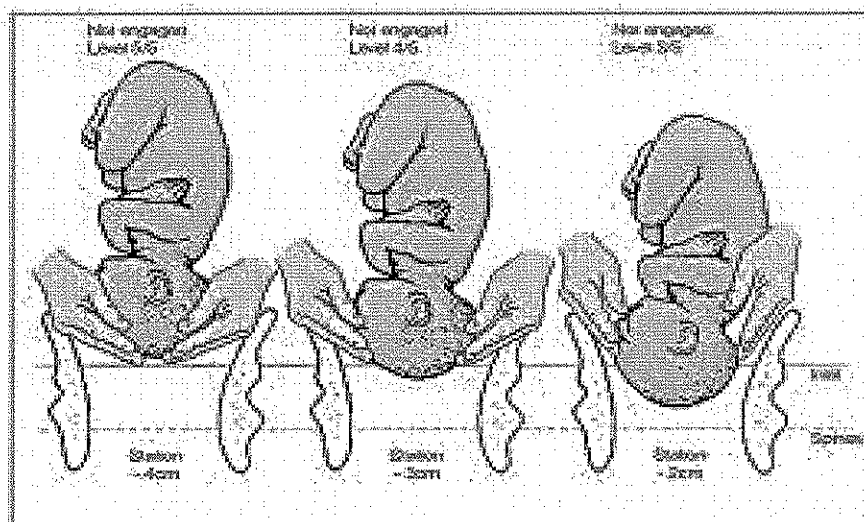
- **Presentazione:** è la prima grossa parte fetale che si mette in rapporto con lo stretto superiore del bacino (testa, podice, tronco);



- **Posizione:** rapporto che l'indice della parte presentata assume con determinati punti di riferimento sul perimetro dell'ingresso pelvico. Tali punti sono l'estremità di due diametri obliqui e corrispondono anteriormente all'eminenza ileo-pettinea, posteriormente all'articolazione sacro-iliaca;



- **Livello della parte presentata:** esprime i rapporti dell'indice della parte presentata e della sua maggiore circonferenza con i vari piani del canale del parto. Un metodo utile per esprimere il livello consiste nel valutare la distanza in cm tra l'indice della parte presentata ed il piano delle spine ischiatiche, premettendo il segno negativo (-) quando è sopra ed il segno positivo (+) quando è sotto. Il livello 0 corrisponde al piano delle spine ischiatiche.



L'interazione tra forza, canale e corpo mobile determina una serie di modificazioni a carico dell'organismo materno, dei rapporti tra feto e canale e l'organismo fetale. Tale modificazioni costituiscono i *"fenomeni del parto"*.

IPNOSI

L'ipnosi è un fenomeno psico-somatico che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica, sia del comportamento del soggetto.

Si tratta di una speciale condizione psicologica, neuro-fisiologica nella quale la persona funziona in modo speciale, un modo in cui la persona pensa, agisce lontano dalle distrazioni.

In questa situazione focalizzata, il soggetto mantiene la sua capacità di usare la volontà o la ragione, dimostra di essere meno manipolabile al punto che non è possibile costringerla ad agire contro il suo volere.

L'ipnosi, quindi, è uno stato di coscienza modificato durante il quale è possibile realizzare modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo della realizzazione del **monoideismo plastico**, manifestazione plastica dell'immaginazione creativa orientata in una precisa rappresentazione mentale che può realizzarsi sia in modo autonomo (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con cui si stabilisce un'empatia.

L'ipnosi intesa come potenzialità della mente è stata impiegata fin dall'antichità: le prime radici risalgono al regno di Ramesse XI, circa tremila anni fa.

Il termine ipnosi, dal greco "*Hypnos*" sonno, fu introdotto nella prima metà del XIX secolo da James Braid per le analogie che sembravano esserci tra le manifestazioni del sonno fisiologico e quelle create dai magnetizzatori.

Gli sviluppi successivi dell'interpretazione dell'ipnosi si devono ai lavori della scuola di Nancy.

La scuola di Nancy si trovò a dover opporre studi e teorie sull'ipnosi, ritenendo tale stato un fenomeno psicologico normale spiegabile con la suggestione, mentre Jean Martin Charcot considerava l'ipnosi una nevrosi isterica.

Di ipnosi si occupò anche Sigmund Freud ma la transitorietà dei risultati terapeutici, la laboriosità dei procedimenti, lo spinsero ad abbandonarla creando un nuovo metodo: *la psicoanalisi*.

Con la psicoanalisi l'ipnosi visse un periodo di decadenza che terminò con l'avvento della I Guerra Mondiale, quando si iniziò a trattare le nevrosi traumatiche di guerra. Con l'arrivo del Dottor Milton Erickson si fondò "*l'ipnosi ericksoniana*", che la definì come un comportamento complesso e insolito, ma normale, che in condizioni opportune poteva essere sviluppato da persone comuni e da quelle con problemi di salute.

Diverse sono le potenzialità dell'ipnosi.

In ipnosi è possibile modificare il vissuto sensoriale, si possono ampliare o ridurre le sensazioni che provengono dall'interno del corpo, si possono

alterare i parametri fisiologici come battito cardiaco, ritmo respiratorio, temperatura cutanea.

Con l'ipnosi è possibile entrare nel proprio vissuto e modificare il significato che il soggetto ha dato in passato o far riemergere ricordi remoti. Le emozioni sono una risposta dell'essere ad un determinato vissuto; lo stato di veglia determina il controllo volontario e attraverso l'ipnosi il soggetto può apprendere la risonanza emotiva.

In ipnosi esiste la possibilità di modificare alcune modalità di funzionamento del nostro organismo come il sistema neurovegetativo, neuroendocrino e immunitario, ritenuti dalla Scienza al di fuori di ogni controllo volontario.

Ecco perché possiamo definire l'ipnosi come stato di "*coscienza modificato*", in quanto permette al soggetto di realizzare monoideismi plastici attraverso l'adeguato orientamento della propria rappresentazione mentale.

È necessario che sia l'ipnotista che chi si sottopone all'ipnosi abbiano ben chiaro e definito l'obiettivo da raggiungere, ossia, quale è l'idea che deve esprimersi plasticamente.

L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto perché possa attivarsi nel dinamismo atteso.

IPNOSI, GRAVIDANZA E PARTO

Fin dai primi giorni della gravidanza, il corpo della donna si trasforma per accogliere una nuova vita. I cambiamenti riguardano sia lo stato fisico che mentale ed emotivo.

Il settore ginecologico-ostetrico rappresenta uno dei campi migliori per l'applicazione della tecnica ipnotica, in quanto può aiutare la donna a vivere una gravidanza il più possibile serena, alleviando i piccoli disagi, facilitando i rapporti con il proprio corpo e le proprie emozioni, preparandola ad affrontare il parto in maniera consapevole.

L'ipnosi è un valido alleato per raggiungere uno stato di benessere interiore e di tranquillità e per attingere le potenzialità personali ancora inesprese.

La preparazione al parto mediante l'ipnosi rappresenta un eccellente metodo per rompere il circolo vizioso "*ansia-dolore-ansia-dolore*".

La donna gravida è più facilmente ipnotizzabile per l'aspettativa ansiosa che spesso la domina e la spinge a cercare aiuto, per il rapporto di fiducia che instaura con il medico o l'ostetrica: la gravida affida a tali persone la propria vita e quella del suo bambino.

La paziente gravida, in sala parto, spesso lascia spazio libero a quello che chiamiamo il "*cervello primitivo*", ovvero, diminuisce il "*fenomeno critico*".

Una donna in sala parto è in uno stato di ipnosi: i ripetuti mugolii, le emissioni di vocali, i movimenti e i gesti variamente ripetuti durante le contrazioni, lo stato soporoso durante la fase di latenza tra una contrazione e l'altra, l'empatia che raggiunge con l'ostetrica eseguendo ogni comando o consiglio fanno pensare ad uno stato di trance ipnotico.

In generale la gravida in travaglio è preoccupata, incerta, impaurita, richiede aiuto, teme il dolore; essa cerca di mantenere attiva la parte razionale e non dilata la cervice.

Spesso durante i miei corsi pre-parto cito l'esempio della paziente che ha effettuato una PDA (analgesia peridurale) una donna che controlla e lascia emergere la sua parte razionale non dilata la cervice fino alla posa della PDA, quando perde il controllo del suo corpo; il lasciarsi andare spesso è accompagnato da una rapida dilatazione del collo uterino.

Concludendo, l'ipnosi, abbassando lo stato critico, risulta essere un'ottima alternativa alle forme farmacologiche per il controllo dello stato di paura-dolore.

CASO CLINICO

Il giorno 27.07.2015 alle ore 15:30 si ricovera la sig.ra A.D., di anni 37, I gravida a 40 settimane e 4 giorni di gestazione per PROM (rottura prematura delle membrane).

La paziente riferisce un normale sviluppo della gravidanza con esami ematochimici ed ultrasonografici regolari.

Il tampone vaginale per la ricerca dello *Streptococco Agalactiae* risulta positivo.

La visita ostetrica di ingresso vede un collo conservato, sacrale, impervio, con presentazione cefalica -3/0 respingibile, liquido chiaro.

Il tracciato cardiotocografico (CTG) risulta: FHR 140 bpm, VB 5-10, FAD presenti, decelerazioni assenti. Assente attivita' contrattile uterina.

Parametri vitali nella norma.

Vista la situazione clinica e laboratoristica si decide, secondo protocollo, di indurre farmacologicamente il travaglio di parto.

Il protocollo per l'induzione al travaglio di parto in caso di tampone vaginale positivo per lo *Streptococco B emolitico* gruppo B, prevede l'induzione immediata con misoprostolo 25 mcg ogni 4 ore e l'uso della Penicillina G, 5 MIU in prima dose e dopo quattro ore e per ogni 4 ore fino al parto di 2,5 MIU.

Dopo l'assunzione di sette compresse sublinguali di misoprostolo da 25 mcg, la paziente entra in travaglio di parto.

Alle ore 3:00 del giorno 29.07.2015 entra in sala parto per la posa della PDA.

Alla visita ostetrica il collo risulta raccorciato, in via di centralizzazione, 2 cm di dilatazione e parte presentata – 3 respingibile.

CTG: FHR 130 bpm, VB 5-10, FAD presenti, decelerazioni assenti. Contrazioni regolari ogni 3 minuti.

Alle ore 5:30 il partogramma mostra:

- ✓ Collo appianato 3 cm, parte presentata cefalica -3 respingibile
- ✓ Liquido amniotico chiaro
- ✓ CTG: FHR 120 bpm, V.B 10/15, FAD presenti, decelerazioni assenti. Attività contrattile uterina diminuita.

Vista la situazione clinica si decide di cominciare l'infusione endovenosa di ossitocina 30 ml/h (aumento di 30 ml/h ogni 15 minuti secondo schema, fino a 180 ml/h).

Si assiste alla ripresa dell'attività contrattile con 90 ml/h di ossitocina.

Alle ore 7:00 la paziente presenta:

- ✓ Visita ostetrica: collo appianato 4 cm di dilatazione,
- ✓ CTG : FHR 135 bpm, VB 5, DIP 1 (decelerazioni variabili), lieve attività contrattile.

- ✓ Parametri vitali materni nella norma: FC 66 bpm, PA 123/71 mm Hg
- ✓ Ossitocina 90 ml/h

Alle ore 7:40, a causa delle importanti decelerazioni del battito fetale, si decide per la sospensione dell'ossitocina.

Si pone la paziente in posizione di Trendelenburg, con ossigenoterapia, si somministra Buscopan ® 20 mg in vena.

Alle ore 7:56 il CTG riprende con una variabilità cardiaca di < 5

Alle ore 08:21 si ha la seguente situazione:

- ✓ CTG: FHR 130 bpm, VB 10-15, FAD presenti, Decelerazioni assenti. Lieve attività contrattile uterina
- ✓ Visita ostetrica: collo appianato, centralizzato 5 cm di dilatazione. Cefalica -3, respingibile.

Fino alle ore 12:00 la visita ostetrica risulta invariata, con CTG reattivo ma privo di attività contrattile uterina.

Vista la situazione clinica e il buon tracciato cardiotocografico si decide per la ripresa dell'infusione dell'ossitocina. Appena comincia l'attività contrattile si verificano le DIP 1 e si sospende nuovamente il farmaco.

Alle ore 13:00 la visita ostetrica risulta invariata rispetto alla precedente con CTG reattivo, assenza di attività contrattile uterina per cui si propone alla paziente il taglio cesareo.

La paziente risulta poco propensa al taglio cesareo, per cui le propongo l'ipnosi come alternativa.

Dopo aver spiegato cosa fosse l'ipnosi, la fenomenologia del parto, abbiamo scelto come obiettivo il raggiungimento dell'attività contrattile uterina e l'espletamento del parto, dato che la paziente non presentava dolore a causa della PDA.

Dopo aver indotto la paziente ho verificato la variazione dello stato di coscienza e la variazione fisica attraverso il fenomeno della levitazione del braccio.

Verificato lo stato di ipnosi ho suggerito alla paziente di pensare al suo utero come ad un palloncino pieno di aria: ad ogni compressione parte di aria veniva eliminata e contemporaneamente il collo del palloncino si apriva.

Durante questa descrizione ho notato che la paziente ha avvolto con le sue mani l'addome ed ogni 5 minuti e, poi ogni 3 minuti, premeva contro la parete addominale. Osservando il tracciato cardiotocografico, la sua compressione corrispondeva alle contrazioni uterine.

Alle ore 14:30 la dilatazione della cervice uterina è quasi completa con parte presenta -2 e piccolo tumore da parto. CTG reattivo con attività contrattile regolare.

Alle ore 16:00 la dilatazione è completa con parte presenta a 0.

Alle ore 17:11 nasce un maschio con parto operativo, con apposizione di Vacuum Extractor (Kiwi), in accompagnamento alle forze espulsive, di 3020 gr, indice APGAR 9/10/10.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Analizzando il caso clinico, possiamo dire che l'ipnosi ci ha portato a raggiungere il nostro obiettivo, ovvero l'espletamento del parto.

Riprendendo la definizione di ipnosi, affermiamo che essa è uno stato di coscienza modificato, ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psico-somatiche, viscerali, attraverso la realizzazione del monoideismo plastico ed il rapporto tra operatore e soggetto.

Percorrendo la fase del travaglio della nostra paziente, essa era destinata ad un taglio cesareo per mancato impegno della parte presentata e tracciato cardiotocografico poco rassicurante.

Se applichiamo questa definizione al nostro caso clinico, possiamo verificare che la procedura ipnotica è stata eseguita correttamente:

- **Empatia tra operatore e soggetto:** la paziente ha stabilito con me (operatore) un rapporto di fiducia in quanto l'ho seguita durante tutto il travaglio;
- **Pre-induzione:** abbiamo scelto come obiettivo l'attivazione dell'attività contrattile e l'espletamento del parto;

- **Induzione:** stato di coscienza modificato e condizione fisica modificata;
- **Monoideismo plastico:** ripresa dell'attività contrattile;
- **Ancoraggio:** non effettuato;
- **Conclusione:** espletamento del parto;
- **Intervista:** paziente soddisfatta di aver espletato il parto e aver, quindi, raggiunto l'obiettivo.

Il parto rappresenta sicuramente un'esperienza unica nella vita di una donna. L'approccio con l'ipnosi facilita l'attivazione del meccanismo di riscoperta delle abilità possedute dal soggetto ed è tanto più efficace quanto più il paziente è motivato a collaborare con il terapeuta.

Il parto è l'evento più naturale e, quale atto conclusivo della gravidanza, rappresenta il momento della verifica di tutte le speranze, i timori presenti a livello conscio e inconscio della gestante.

L'impiego dell'ipnosi è un metodo ideale per il parto e la più valida terapia senza la somministrazione di preparati chimici, quindi, senza effetti collaterali.

Nella nostra esperienza abbiamo potuto verificare un accorciamento dei tempi del travaglio ed una minore insorgenza di complicanze: da quando alla paziente è stata proposta l'ipnosi, esso si è espletato in 3 ore.

La riduzione del dolore, in questo caso dovuto alla PDA, l'accorciamento dei tempi del travaglio, nonché l'espletamento del parto in modo spontaneo, ovvero non ricorrendo al taglio cesareo, ha reso l'esperienza del parto più confortevole sia per la madre che per il bambino.

Malgrado la sua efficacia l'ipnosi è una pratica ancora assente nelle sale parto ticinesi.

Da questa esperienza, il mio obiettivo è quello di poter avviare tale pratica, per poter offrire, alle donne che si avviano al parto, un'esperienza confortevole e poco medicalizzata, dove il tempo e lo spazio scompaiono portando a termine il "*viaggio*" gravidanza senza incubi.

Il nostro subconscio contiene una saggezza incredibile, attingendo ad essa possiamo riprendere tra le mani la nostra esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Franco Granone. *Trattato di Ipnosi*. Torino, UTET, 1989, ISBN 88-02-04294-2
- Milton H. Erickson. *Opere*. Roma, Astrolabio-Ubaldini, 1982, ISBN 88-340-0735-2
- Giuseppe Tirone. *Ipnosi: Un potenziale dell'uomo*. Torino, Centro scientifico Torinese, 1983, ISBN 88-7640-019-2.
- Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (review). The Cocraine Library 9 (2010)
- Abbasi M., Ghazi F., Barlow-Harrison A. The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in iranian pregnant women. Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 57(2): 174-183 (2009).
- Livio Zanolò, Barcellona Eliana, Zacchè Gabrio, *Ginecologia e ostetricia*, Milano, Elsevier Masson, 2007, ISBN 978-88-214-2730-5.

- Giuseppe Pescetto, Luigi De Cecco, Domenico Pecorari, Nicola Ragni, *Ginecologia e ostetricia*, Roma, Società editrice universo, 2004, ISBN 88-87753-49-0.