

DISTURBI EMOTIVI IN PUERPERIO

Alcune donne potrebbero sviluppare disturbi emotivi dopo il parto.

Bisognerebbe chiedere alle donne il loro stato emotivo, il grado di sostegno e le strategie per affrontare le incombenze di ogni giorno.

Il parto può essere associato a conseguenze emozionali a breve e a lungo termine, il puerperio è un momento di adattamento fisiologico e psicologico e le problematiche emotive spesso sono sottovalutate.

I disturbi psicologici successivi alla maternità si diversificano per insorgenza, durata e severità.

Esistono 3 condizioni principali:

1. BABY BLUES:

disturbo emotivo che si presenta tra la 3 e la 10 giornata di puerperio. Si risolve spontaneamente e la risoluzione è facilitata dal contesto familiare e sociale di supporto. Non sono stati segnalati collegamenti con il variare dell'assetto ormonale del dopo parto, nonostante tantissime fonti citino le modifiche ormonali come causa sottostante. È importante rassicurare la donna della benignità dei sintomi.

È una condizione di disagio interiore caratterizzata da:

- facilità al pianto,
- tono dell'umore deflesso,
- disturbo del sonno e appetito,
- tristezza,
- esagerata emotività,
- irritabilità,
- ansia
- in alcuni casi cefalea e confusione mentale.

Gli studi hanno rilevato un'incidenza che varia dal 50 al 80 % di donne che potrebbero avere baby blues. Di questo 70 % in media, il 20% andranno incontro durante il primo anno del bambino a depressione post partum che invece non è una condizione benigna. Dopo 10/14 giorni dal parto si dovrebbe chiedere alla madre circa la risoluzione dei sintomi di baby blues, in caso contrario la donna dovrebbe essere valutata da uno specialista per la possibilità di sviluppare depressione post partum.

2. DPP:

è un disturbo depressivo non psicotico che insorge nei 12 mesi successivi al parto, con maggior incidenza nelle prime 4-6 settimane. I casi più lievi e moderati possono non essere riconosciuti né dalla donna, né dalla famiglia e neppure dagli operatori stessi (sottostima!)

È la più rilevante complicanza psichica ostetrica relativa al puerperio, rappresenta il 15% delle puerpere nel mondo occidentale e il 26% delle puerpere adolescenti,.

I dati variano in relazione a tanti fattori, come gli aspetti culturali e territoriali.

I criteri diagnostici che ci possono far capire che la donna ha DPP sono:

- umore depresso o anedonia,
- perdita o aumento di peso,
- insonnia o ipersonnia,
- agitazione o rallentamento psico-motorio,
- incapacità di concentrazione
- sentimento di colpa
- pensieri suicidari
- tentativo di suicidio.

I fattori di rischio appartengono al modello bio-psicosociale e sono divisi in fattori di vulnerabilità psicologica, fattori scatenanti e fattori socio culturali. La combinazione di questi fattori accresce la probabilità di sviluppare una depressione, mantenuta ed aggravata da altri fattori che intervengono dopo il parto.

I fattori di rischio sono:

- Storia di depressione
- Storia di psicopatologia in gravidanza
- Gravidanza indesiderata
- Gravidanze ravvicinate
- Primiparità
- Eventi traumatici nell'ultimo anno (lutti)
- Rapporto difficile con il partner
- Mancanza di supporto, condizioni socio economiche sfavorevoli
- Problemi familiari/personali (violenza, abuso, difficoltà a vedersi nel ruolo materno)
- Familiarità per depressione
- Genitore single, giovane età (rischio aumentato fino al 32%)
- Baby blues severo
- Complicazioni durante il travaglio o parto
- Depressione del partner
- Abuso di sostanze
- Problemi di salute del neonato
- Neonato "difficile"
- Disoccupazione
- Aspettative che non vengono soddisfatte (, parto prematuro, allattamento non riuscito, PMA...)
- EPDS scale ≥ 9
- Donna straniera

Il 75% degli studi considera fattori di rischio certi:

o Storia personale di depressione (prima e o durante la gravidanza)

o Baby blues

o Difficoltà di rapporto con il partner

o Mancanza di sostegno pratico ed emotivo

o Accumulo di eventi stressanti

A quelli si aggiungono:

o Status socio-economico e difficoltà economiche

o Pregresso abuso di sostanze

o Essere nubili

o Giovane età

o Caratteristiche personali e gestione dello stress percepito

o Esperienza della nascita e complicanze ostetriche

o Gravidanza indesiderata

o Avere familiari ostili o subire violenza domestica

o Tendenza alla passività, pessimismo, eccessiva sensibilità relazionale, nevrosi...

o Mancanza di sostegno ed aiuto da parte dello staff medico, assenza di sostegno personalizzato

o Le madri di gemelli monozigoti sono 3 volte più vulnerabili delle madri di gemelli dizigoti

Il mancato riconoscimento della DPP incide sul benessere del neonato e aumenta il rischio di separazione e divorzio della coppia. Attenzione al riconoscimento: attraverso i sintomi riferiti, ai pensieri negativi espressi e soprattutto alla loro intensità e persistenza.

❖ Prevenzione: riconoscere i fattori di rischio e le caratteristiche che possono portare a DPP

- ❖ Diagnosi tardiva espone ad altissimi rischi: disturbi nella relazione mamma-bimbo, rischio di nuovi episodi, recupero incompleto, aumento difficoltà in famiglia, abuso di sostanze.
- ❖ Uno strumento di screening è la scala di Edimburgo che dovrebbe essere usata in tutte le donne dalla prima visita di controllo per valutare lo stato psichico della donna, sia in gravidanza che in puerperio, ma che richiede personale specificamente formato sia per la somministrazione che per la lettura. È un esame di screening e non di diagnosi.

A questo si può aggiungere un modulo base per raccogliere alcune variabili socio anagrafiche, informazioni relative al parto, informazioni sul periodo preparto e in gravidanza, informazioni su eventi stressanti negli ultimi 12 mesi, informazioni sullo stato d'animo prima dell'attuale gravidanza, informazioni sul sostegno familiare e sociale percepito.

Anche il NICE pone 3 domande per valutare lo stato di benessere emotivo della donna:

1. *Durante l'ultimo mese ti sei sentita spesso giù di morale o senza speranza?*
2. *Durante l'ultimo mese hai provato spesso poco interesse o poco piacere nel fare le cose che sei solita fare?*
3. *In questa situazione senti la necessità di essere aiutata?*

>>> sono domande da porre al primo contatto, a 4-6 settimane, a 3-4 mesi può

La scala di Edimburgo - EPDS scale:

La scala di Edimburgo è lo strumento più accreditato dal punto di vista scientifico per valutare lo stato psichico della donna nell'ultima settimana. Essere somministrato sei in gravidanza che in quel periodo, la sua applicazione può rivolgersi a popolazioni di etnie diverse.

<p>1) Negli ultimi 7 giorni sono stato capace di sorridere e vedere il lato divertente delle cose:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come sempre = 0 punti - Un po' meno del solito = 1 - Decisamente meno del solito = 2 - Per niente = 3 <p>2) Negli ultimi 7 giorni guardavo alle cose imminenti con gioia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come sempre = 0 punti - Un po' meno del solito = 1 - Decisamente meno del solito = 2 - Per niente = 3 <p>3) Negli ultimi 7 giorni mi rimproveravo senza motivo quando le cose andavano male:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, per la maggior parte delle volte = 3 punti - Sì, alcune volte = 2 - No, non molto spesso = 1 - No, mai = 0 <p>4) Negli ultimi 7 giorni sono stata ansiosa e preoccupata senza una ragione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No, per niente = 0 punti - Molto raramente = 1 - Sì, qualche volta = 2 - Sì, molto spesso = 3 <p>5) Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita spaventata o terrorizzata senza una vera ragione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, abbastanza = 3 punti - Sì, alcune volte = 2 - No, non molto spesso = 1 - No, mai = 0 	<p>6) Negli ultimi 7 giorni le cose mi sovrastano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, per la maggior parte del tempo non riesco a cavarmela affatto = 3 punti - Sì, a volte non riesco a cavarmela come al solito = 2 - No, la maggior parte delle volte me la cavo abbastanza bene = 1 - No, me la sono cavata come sempre = 0 <p>7) Negli ultimi 7 giorni sono stata così infelice che da non riuscire a dormire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, per la maggior parte del tempo = 3 punti - Sì, alcune volte = 2 - No, non per molto = 1 - No, mai = 0 <p>8) Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita triste e abbattuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, per la maggior parte del tempo = 3 punti - Sì, abbastanza spesso = 2 - No, non molto spesso = 1 - No, mai = 0 <p>9) Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita così triste da mettermi a piangere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, per la maggior parte del tempo = 3 punti - Sì, abbastanza spesso = 2 - Soltanto occasionalmente = 1 - No, mai = 0 <p>10) Negli ultimi 7 giorni il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì, abbastanza spesso = 3 punti - Qualche volta = 2 - Quasi mai = 1 - Mai = 0
--	--

Autostima: in molti studi ne viene sottolineata l'importanza in relazione alla DPP; l'autostima è la fiducia nelle proprie capacità e risorse, il senso di autoefficacia e la convinzione di potercela fare, contando per lo più alle risorse personali e competenze e attingendo in un secondo momento alla rete sociale.

Il trattamento della DPP è multifattoriale, tiene conto di fattori biologici, psicologici ed ambientali, con un team di esperti, composto da ostetriche, infermieri, ginecologi, psicologi, pediatri, medici di medicina generale. Importante è l'ascolto attivo della donna, saper riconoscere e chiedere. Il trattamento psicologico consiste nel counselling, nella psicoterapia e nella terapia di gruppo; il trattamento farmacologico è indicato per le forme più gravi; in alcuni casi il trattamento può essere combinato.

Il supporto è una delle caratteristiche più importanti, l'operatore può rassicurare la madre aiutarla a chiedere aiuto affinché non si senta sola.

Aiutarla a creare un legame sicuro con il proprio bambino, rispondendo ai suoi bisogni e necessità, e ad essere la fonte di confort e benessere del bambino.

Il legame emozionale con il bambino sta alla base di tutto, perché fa sentire bene sia la madre che il bambino, ne consente un pieno sviluppo psico-fisico e il bonding influenzerà la via di comunicazione e relazione per sempre.

Un legame sicuro si costruisce rispondendo ai bisogni e alle necessità del bambino, come prenderlo in braccio, calmarlo e rassicurarlo quando piange. Quindi essere la fonte di confort e di benessere del neonato permette di gestire i suoi sentimenti e comportamenti che a sua volta rafforzano lo sviluppo cognitivo.

La DPP può avere impatto significativo sul bonding precoce. Alcuni genitori provano immediatamente amore e legame indissolubile nei confronti del bambino, altri hanno bisogno di più tempo. Questo non dovrebbe far sentire il genitore ansioso né tantomeno colpevole. Potranno trascorrere settimane o mesi, ma è solo una questione di tempo.

Lo stretto contatto con il bimbo rilascia ossitocina, rendendo la mamma più felice, più sensibile nei confronti dell'altro e rende capaci di riconoscere i bisogni non verbali del bambino più facilmente. Indipendentemente dall'allattamento al seno, il contatto pelle a pelle rilassa mamma e bambino migliorandone il legame.

I benefici aggiuntivi del contatto skin to skin includono: prolungati periodi di sonno e di sveglia, meno stress da freddo, incremento dell'aumento del peso, miglioramento dello sviluppo cerebrale, diminuzione del pianto e una precoce dimissione dall'ospedale.

Anche il massaggio infantile potrebbe giovare alla donna, il tocco è importante in quanto influenza lo sviluppo del bambino e supporta il processo relativo al bonding.

Importante ricordare alla donna di prendersi cura di sé stessa, questa è una delle vie migliori per aiutare e prevenire la DPP, semplici scelte sullo stile di vita possono migliorare la salute e l'umore, come consumare omega 3, dormire il più possibile, affidarsi alla propria rete di sostegno, accettare altre cose non prioritarie possono aspettare, uscire nelle giornate di sole, coccolarsi con modi semplici come un film, un bagno caldo o una cena. L'attività fisica può aiutare a combattere DPP, in più può favorire il sonno, l'ACOG informa che gli esercizi aiutano a rafforzare i muscoli addominali, scaricare lo stress, favorire il sonno e aumentare l'energia, camminare può essere un buon punto di partenza, 20-30 minuti al giorno. Importante ricevere supporto sociale ed emozionale, tenersi vicini amici e parenti, stare a contatto con altre neomamme, costruire reti per confrontarsi su problematiche comuni e difficoltà simili.

È necessario infatti costruire un progetto terapeutico che prenda in considerazione sia l'aspetto psicologico che quello farmacologico. La scelta del trattamento dovrebbe essere guidata dal tipo e dalla severità del quadro sintomatologico nonché dal grado di compromissione del funzionamento. Questi interventi si possono avviare contemporaneamente o in sequenza.

È improbabile che una singola modalità di trattamento sia valida per tutte le donne, un trattamento multifattoriale, combinato da fattori biologici e psicologici è più appropriato, Un trattamento inadeguato espone la donna al rischio di depressione ricorrente e distimia cronica e aumenta il rischio di ripercussioni negative sulla relazione con il partner e con il bambino.

Conclusione della letteratura: il non trattamento della DPP in gravidanza e nel puerperio può seriamente compromettere:

- ❖ Il decorso della gravidanza e del parto e del puerperio
- ❖ Lo sviluppo intrauterino del feto
- ❖ Lo sviluppo del neonato a breve e a lungo termine

3. PSICOSI PUERPERALE:

si sviluppa in meno di 2 casi ogni 1000 parti, è il più grave di questi disturbi post partum, la maggior parte degli studi indica che la maggior parte delle donne con psicosi post-parto presenta un disturbo dell'umore (70%) ed è più frequente nelle donne che hanno già disturbi bipolari.

L'esordio di solito inizia 2-3 w dopo il parto spesso con una rapida evoluzione dei sintomi nell'arco di pochi giorni, in genere 48-72 h.

Richiede diagnosi tempestiva e trattamento urgente.

È caratterizzata da due fasi:

- ❖ 4 giorni > la prima fase caratterizzata da insonnia, agitazione, irritabilità, astenia, variazioni dell'umore
- ❖ una seconda fase con stato confusionale, delirio, allucinazioni, segni e sintomi fisici: Cefalea, febbricola, tremori, sudorazione, disidratazione, vertigini.

Le donne vengono ricoverate in reparto di psichiatria.

Prognosi psicosi puerperale: Poiché la psicosi post-partum comporta un rischio di suicidio, negligenza nella cura del bambino o infanticidio (1 caso su 50000), le pazienti vengono in genere ricoverate.

Le donne il cui primo episodio psicotico avviene nel periodo post-partum presentano un rischio del 60% di disturbo ricorrente dell'affettività e dovrebbero pertanto essere seguite per anni.

In relazione alla prevalenza della psicosi (0,2% delle puerpere):

- Circa il 5% delle donne con psicosi post-partum commette suicidio
- Circa il 4% infanticidio
- Circa 2/3 di queste donne presenta una ricaduta nelle fasi successive
- Circa i 2/3 avranno successivi episodi psicotici puerperali

Suicidio-studio ISS 2020:

Il suicidio in gravidanza o nel 1 anno dopo il parto è un evento rarissimo, tuttavia in Italia riguarda 2,3 donne per 100000 nati vivi, un tasso più elevato di quello relativo, ad esempio all'emorragia ostetrica.

I periodi più a rischio sono i mesi compresi tra l'ultimo trimestre di gravidanza e i primi mesi dopo il parto. Il suicidio è un fenomeno complesso e multifattoriale influenzato da fattori genetici, psicologici, sociali e culturali. Tra questi:

- gravidanza non desiderata o un precedente aborto, soprattutto tra le giovani e giovanissime, e il decesso di un figlio
- gravidanza in età molto giovane
- aver avuto complicazioni ostetriche e neonatali
- disturbo psichiatrico già presente o insorto dopo la gravidanza (in particolare disturbo depressivo, disturbo bipolare e psicosi puerperale) ma anche il consumo di alcol, tabacco e di sostanze stupefacenti
- avere attuato un precedente tentativo di suicidio
- aver avuto un suicidio in famiglia
- separazione della donna dal suo bambino/a
- mancanza di una rete sociale di supporto
- aver subito abusi nell'infanzia

- aver subito e/o subire violenza da parte del partner
- perdita del lavoro.

I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure.

È essenziale creare una rete che coinvolga più professionisti per riconoscere e trattare i sintomi della depressione e trattare le donne che soffrono di queste patologie.

Le donne che si tolgono la vita (o tentano di farlo) nel periodo della gravidanza, del post partum e del puerperio utilizzano più frequentemente metodi “violenti” e più letali rispetto alla popolazione femminile generale, indice questo di un’elevata intenzionalità del gesto.

Numerosi studi condotti in alcuni Paesi meno industrializzati riportano un maggior rischio di suicidio nel periodo della gravidanza e del post partum tra le donne non sposate e con bassa scolarità. Questi risultati possono far ipotizzare, anche nei Paesi più industrializzati, un rischio maggiore tra le donne appartenenti ad alcuni gruppi etnici e ceti sociali più svantaggiati.

Indagare il rischio di suicidio è fondamentale per poter intervenire in modo tempestivo sulla tutela della salute materno-infantile.

Le aree da studiare sono principalmente quelle legate all’ideazione suicidaria:

- presenza di pensieri suicidi (quanto frequenti e persistenti?)
- pensieri di morte persistenti e sentimenti di disperazione
- livello di impulsività
- presenza di un “piano” (quanto realistico? il metodo indicato è letale? ci sono le condizioni perché possa realizzarsi?)
- accesso e/o disponibilità di sostanze e mezzi (sostanze chimiche o farmaci; armi da fuoco ecc.)
- presenza di un disturbo psichiatrico (tra cui disturbo depressivo e disturbo post traumatico da stress)
- familiarità per suicidio
- avere un parente/familiare che soffre di disturbo psichiatrico
- storia di abuso di sostanze
- disturbi del sonno
- lutto recente e eventi di vita avversi
- pensieri di fare del male al bambino
- isolamento sociale
- violenza domestica e precedenti abusi sessuali
- lo stato mentale della donna: Nel valutare il rischio suicidario è importante considerare lo stato mentale della donna e i suoi sentimenti: disperazione, rabbia, senso di colpa, vergogna, agitazione e impulsività.

Si passa infatti da un basso livello di rischio, quando i pensieri di farsi del male o di suicidio sono transitori, a un rischio medio quando i pensieri di morte e intenzionalità non sono accompagnati da un piano, sino ad arrivare a un rischio elevato, caratterizzato dalla presenza di continui e specifici pensieri suicidari, intenzionalità, pianificazione e scelta del mezzo lesivo.

Bisogna inoltre considerare che la presenza contemporanea di più fattori aumenta il livello complessivo di rischio.

Dal punto di vista psicologico le donne a maggior rischio sono quelle con una ridotta capacità di problem solving e una ridotta capacità di adattamento, che mostrano un approccio passivo nell’affrontare i cambiamenti e che hanno una minore capacità di gestione dello stress.

In un recente studio italiano è emerso che uno dei fattori più importanti nello sviluppo di sintomi di depressione perinatale è il non poter contare su amici e famiglia per un supporto psicologico. Al contrario, la presenza di una rete sociale di supporto risulta invece essere anche in questa fase particolare della vita un fattore protettivo. Poter contare sulla famiglia e sugli amici per un aiuto pratico o per un supporto psicologico, essere soddisfatti della propria relazione sentimentale, poter

contare sul compagno quando ci si sente preoccupate o nervose e per un aiuto pratico sono tutti aspetti protettivi.

Disturbo della relazione madre-bambino:

- Disturbo dell'attaccamento della madre verso il bambino
- Caratterizzato da sentimenti di rifiuto, astio e collera verso il neonato
- Il disturbo di relazione è un fenomeno distinto dalla depressione puerperale
- L'avversione materna al proprio bambino non è proporzionata alla gravità del quadro depressivo
- Non è presente una depressione puerperale
- L'eziologia del disturbo è verosimilmente differente dalla depressione puerperale con maggiore enfasi ad alcuni fattori di rischio come la gravidanza indesiderata o un bambino impegnativo
- Comportamento di fuga o di affido
- Ideazioni polarizzate su bambino: rubato o morte in culla
- Manifestazioni di avversione al neonato: gridare, imprecare, strillare
- Impulsi aggressivi: colpire, scuotere, soffocare
- Non trattati evolvono in infant abuse o negligenza nelle cure
- Trattati regrediscono con risoluzione completa

La depressione materna ed il neonato:

La madre depressa nel post-partum sembra avere una minore possibilità di sviluppare un'adeguata relazione con il proprio figlio. Nel periodo post-partum le madri depresse manifestano difficoltà nell'interazione con i loro neonati, incluso un minore contatto visivo durante l'allattamento, minore piacevolezza e reciprocità

Il neonato e la madre depressa:

I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure.

Vi è un aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico, una riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni, e un significativo aumento di abuso fisico