



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS
***POST-PARTUM*: AMBITI DI COMPETENZA**
INFERMIERISTICA NELLA RELAZIONE DI CURA
Revisione della letteratura

Relatrice: Dott.ssa Pamela Milan

Correlatrice: Dott.ssa Susanna Falchero

Laureanda: Ionela Loghin

Matricola: 1171635

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

ABSTRACT

Background. Il parto è una delle esperienze più importanti della vita di una donna; tuttavia, in alcune circostanze, può dar origine al disturbo post-traumatico da stress (PTSD) *post-partum*, una condizione che si presenta a seguito di un trauma reale o percepito come tale, prima, durante o dopo il parto. Molti elementi possono favorire l'instaurarsi di tale disturbo e nonostante la sua prevalenza vari dal 3.1% al 15.7%, non è così altamente riconosciuto come lo è la depressione *post-partum*.

Finalità e obiettivi. La presente revisione si propone di indagare, nella letteratura internazionale, quali siano le azioni e gli interventi che potrebbero essere efficaci per predire e prevenire il PTSD *post-partum* e gli outcome a cui la donna, che ne è affetta, e il suo bambino, potrebbero andare incontro.

Metodo. Ricerca bibliografica di letteratura con rielaborazione. Le banche dati consultate sono state: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Cumulative Index To Nursing and Allied Health Litterature (CINAHL)*, *The Cochrane Library*, *PsycInfo*, *Pubmed* e *Google Scholar*. Sono stati selezionati 13 studi in lingua inglese degli ultimi 6 anni (2 Linee Guida, 1 Metanalisi, 7 studi Randomizzati Controllati e 3 studi osservazionali).

Risultati. Dall'analisi della letteratura, si evince che il questionario PTSD perinatale (PPQ) è specifico per scremare le pazienti a rischio di PTSD *post-partum*. Gli interventi di prevenzione e di trattamento dei rispettivi sintomi, come la terapia cognitivo comportamentale (CBT), la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) e l'uso di altre terapie psicologiche sono altamente efficaci. Numerosi outcome negativi sono emersi come conseguenza di tale condizione sulla donna (ansia, disturbi depressivi, paure legate al bambino, problemi sessuali), sul bambino (problemi di alimentazione e di sonno) e sul loro legame (rilevato basso punteggio di legame materno-infantile nel corso del primo anno dalla nascita).

Conclusioni. Al di là delle procedure di routine l'infermiere, coinvolto nel processo di cura della neomamma, deve saper identificare i fattori di rischio ed i sintomi precursori del PTSD *post-partum* al fine di cogliere le situazioni di suscettibilità che possono portare allo sviluppo di questo disturbo, avvalendosi anche degli strumenti necessari e qualora si rendesse inevitabile, attuare prontamente gli interventi dovuti.

Keyword: posttraumatic stress disorders (PTSD) post-partum, prevention, nurse.

INDICE

INTRODUZIONE.	1
CAPITOLO 1: DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (PTSD)	
<i>POST-PARTUM</i>	
1.1 Disturbo post-traumatico da stress	3
1.1.1 <i>Definizione</i>	3
1.1.2 <i>Fattori di rischio</i>	4
1.1.3 <i>Sintomi</i>	4
1.1.4 <i>Criteri diagnostici</i>	5
1.2 Disturbo post-traumatico da stress <i>post-partum</i>	7
1.2.1 <i>Fattori di rischio</i>	8
1.2.2 <i>Sintomi</i>	10
1.2.3 <i>Conseguenze del PTSD post-partum</i>	10
1.3 Classificazione dei disturbi psichici nel <i>post-partum</i>	10
1.4 Ambiti di competenza infermieristica nel prendersi cura	13
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	
2.1 Obiettivo di ricerca	14
2.2 Quesiti di ricerca e metodo P.I.O	14
2.3 Strategia di ricerca	14
2.3.1 <i>Stringhe di ricerca</i>	15
2.3.2 <i>Criteri di selezione</i>	15
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA	
3.1 Presentazione degli studi selezionati	17
3.2 Sintesi dei risultati	17
3.2.1 <i>Strumenti di screening finalizzati a individuare le pazienti a rischio di PTSD post-partum</i>	17
3.2.2 <i>Interventi precoci per la prevenzione del PTSD post-partum e il trattamento dei rispettivi sintomi</i>	20
3.2.3 <i>Outcome negativi sulla donna e sul bambino</i>	31

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione	35
4.2 Implicazioni per la pratica	39
4.3 Implicazioni per la ricerca	42
4.4 Punti di forza e di debolezza	42
4.5 Conclusioni	43

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1 – Tabella di selezione degli studi

Allegato 2 – Tabella di presentazione degli studi selezionati

INTRODUZIONE

Il parto è un momento estremamente importante per ogni donna, è un'esperienza intensa che la segna positivamente o negativamente. Esso comporta enormi cambiamenti fisiologici ed emotivi che possono influenzare le risposte e la percezione delle donne. Oltre a essere un avvenimento assai emozionante, il parto può essere anche vissuto come traumatico, e quando ciò avviene, c'è un alto rischio che si sviluppi il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) *post-partum* (van Heumen, Hollander, van Pampus, van Dillen & Stramrood, 2018). Fortunatamente, questo problema insorge solo in una piccola percentuale di donne che sperimentano il trauma; tuttavia, il numero di casi è in crescita e la difficoltà maggiore risulta essere il riconoscimento del parto come un evento potenzialmente traumatico (Miller et al., 2021). Il PTSD è associato perlopiù ad eventi terribili quali guerre, incidenti, attentati e catastrofi naturali, molto poco al parto (Lopez et al., 2017). Questo è definito come una sindrome che può essere innescata dopo l'esposizione a un evento traumatico che coinvolge la morte o una costante minaccia di morte o gravi danni al sé o agli altri, che suscita una risposta soggettiva di intensa paura, impotenza o incapacità di reagire nel mezzo della situazione e dell'orrore (Angelini et al., 2018). In risposta a tale evento, una serie di sintomi caratterizza il disturbo: rivivere l'evento traumatico, evitare stimoli associati al trauma, avere sintomi di aumentata eccitabilità psichica: irritabilità, difficoltà a dormire e a concentrarsi (Angelini et al., 2018), nonché di alterazione dell'umore e dei pensieri. Inoltre, è fondamentale dire che per essere definito come tale (PTSD), i sintomi sopra elencati, devono persistere per più di un mese, altrimenti è chiamato stress post-traumatico.

Il PTSD correlato al parto, nella maggioranza dei casi, si sviluppa a seguito di un parto difficile o traumatico durante il quale le donne pensano che loro o il loro bambino potrebbero morire o essere gravemente feriti (Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017). I quadri concettuali dell'eziologia del PTSD *post-partum* riuniscono i fattori chiave di vulnerabilità, rischio e mantenimento che si ritiene siano importanti nello sviluppo di questa malattia (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016). I fattori di vulnerabilità in gravidanza sono stati indicati come precedenti problemi psicologici, una storia di traumi o abusi sessuali, ansia e avere un primo figlio (nulliparità). I fattori di rischio alla nascita sono il tipo di nascita (come indicatore generale del livello di intervento e complicanze), scarso supporto, alti livelli di emozioni negative, percezione di minaccia e dissociazione. I fattori *post-partum* che potrebbero mantenere i sintomi iniziali di PTSD sono stati

descritti come stress aggiuntivo, coping inefficace e scarso supporto sociale e/o familiare (Ayers et al., 2016).

L'idea di affrontare questo argomento nasce dall'esperienza curriculare di tirocinio nel reparto di Ostetricia e Ginecologia e dall'interesse per l'ambito delle patologie psichiatriche, in particolar modo per quelle della maternità. Da qui è sorta la volontà di approfondire il tema, relativamente poco noto, soprattutto per quanto concerne lo screening e gli interventi che possono essere applicati dagli operatori sanitari per prevenirlo, evitando di conseguenza le complicanze ad esso correlate. L'obiettivo di questa revisione della letteratura è, quindi, quello di esplorare, nella letteratura internazionale, quali siano le strategie che potrebbero essere messe in atto per predire e prevenire il PTSD *post-partum* e indagare quali potrebbero essere gli esiti di un PTSD sulla paziente e sul bambino. L'elaborato comprende i seguenti capitoli:

- **capitolo 1** di background in cui è presentato il PTSD in generale e quello *post-partum* con i relativi sintomi, fattori di rischio, conseguenze e diagnosi differenziale rispetto ai più noti disturbi psichici a seguito del parto. Un ultimo paragrafo è stato dedicato a quelle che sono le competenze infermieristiche nel prendersi cura della donna affetta da questo disagio psicologico.
- **capitolo 2** di metodologia della ricerca con parole chiave, fonti dei dati e criteri di selezione degli studi
- **capitolo 3** con la presentazione dei risultati dati dagli articoli selezionati
- **capitolo 4** di discussione e confronto dei risultati individuati per valutare criticamente l'applicabilità nei contesti di cura specifici

CAPITOLO 1: DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (PTSD) *POST-PARTUM*

1.1 Disturbo post -traumatico da stress

1.1.1 *Definizione*

La diagnosi di ciò che è ora accettato come Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) è cambiata nel corso degli anni ed il suo riconoscimento come sindrome a sé stante è piuttosto recente (Schrader & Ross, 2021).

In passato veniva indicata come “Nevrosi post-traumatica”, la quale comprendeva fondamentalmente due filoni psicopatologici: uno collegato a trauma psicologico e l’altro a trauma fisico. Il primo filone sembra trovare origine dalle cosiddette “nevrosi di guerra” allargato poi a tutte le reazioni psicopatologiche a breve e lungo termine delle grandi catastrofi, per includere alla fine qualsiasi stato di sofferenza secondaria ad esperienze traumatiche di tipo psicologico (esperienze di guerra, prigionia e campi di concentramento, stupro o altre forme di violenza e aggressione tra cui il sequestro, catastrofi naturali, incidenti stradali e di altro genere) (Colombo, 2008, p. 284). Attualmente questo filone è inserito nel DSM-5 all’interno del PTSD e Disturbo Acuto da Stress.

La differenza tra i due tipi di disturbi sta nel fatto che il primo (PTSD) deve avere una durata superiore ad un mese, l’altro, ha una durata inferiore alle 4 settimane (Colombo, 2008, p. 285).

Il PTSD viene definito dall’American Psychiatric Association (APA, 2020) come un disturbo psichiatrico che può verificarsi in persone che hanno vissuto o assistito a un evento traumatico come un disastro naturale, un grave incidente, un atto terroristico, guerra, combattimento o stupro o che sono state minacciate di morte, violenza sessuale o lesioni gravi; e ancora, secondo il National Institute of Mental Health (NIH, 2019) il PTSD è un disturbo che si sviluppa in alcune persone che hanno vissuto un evento scioccante, spaventoso o pericoloso.

Per "Stress" si intende una risposta a un cambiamento nell'ambiente, che può essere adattivo o non adattivo. Una risposta allo stress non adattiva come avviene nel PTSD, può compromettere la normale funzionalità (Gankanda, Gunathilake, Kahawal & Ranaweera, 2021).

1.1.2 *Fattori di rischio*

Chiunque può sviluppare un PTSD a qualsiasi età; ciò include i veterani di combattimento e le persone che hanno subito o assistito a un'aggressione fisica o sessuale, ad abusi, a un incidente, a un disastro, a un attacco terroristico o ad altri eventi gravi. Le persone che hanno PTSD possono sentirsi stressate o spaventate, anche quando non sono più in pericolo. Alcuni aspetti dell'evento traumatico e alcuni fattori biologici possono rendere alcune persone più propense a sviluppare questo disturbo; ad es. le donne hanno maggiori probabilità rispetto agli uomini di andarvi incontro (NIH, 2020).

1.1.3 *Sintomi*

Possiamo distinguere i sintomi del disturbo da stress post-traumatico in quattro categorie principali:

1. **sintomi di intrusione**, come *flashback*, pensieri e incubi ricorrenti, terrorizzanti e indesiderati, questi riguardano principalmente memorie relative all'evento traumatico definite intrusive in quanto il soggetto sente di non averne il controllo e di essere impotente, esse si presentano alla coscienza del soggetto in modo disturbante e involontario (Koenigs & Grafman, 2009);
2. **sintomi di evitamento**, come evitare luoghi, situazioni o persone che ricordano l'evento traumatico (Cominski, Jiao, Catuzzi, Stewart, & Pang, 2014);
3. **sintomi di *hyperarousal*** (iper-vigilanza e iperreattività), come mostrarsi particolarmente arrabbiati ed irritabili, fino ad avere comportamenti violenti e distruttivi, avere un costante stato di ansia, problemi di sonno e alterazioni dell'attenzione e della memoria (Gupta, 2013);
4. **sintomi di alterazione dell'umore e dei pensieri**, come amnesia post traumatica, idee negative nei confronti di sé stessi, degli altri e del mondo, calo del tono dell'umore, oppure sentirsi emotivamente distanti da tutti o ancora non riuscire più a sperimentare emozioni positive.

Queste quattro categorie rappresentano 4 dei criteri definiti dal DSM-5 per la diagnosi di PTSD (APA, 2013).

1.1.4 Criteri diagnostici

Nel 2013 il PTSD ha ricevuto un aggiornamento con il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali DSM-5 allo scopo anche di differenziarlo ulteriormente dall'ansia e dai disturbi depressivi con cui condivide alcune sintomatologie (Schrader & Ross, 2021) e con cui viene spesso confuso.

I sintomi del PTSD di solito iniziano entro 3 mesi dall'incidente traumatico, ma a volte emergono più tardi. Per soddisfare i criteri per il PTSD, i sintomi devono durare più di 1 mese e devono essere abbastanza gravi da interferire con aspetti della vita quotidiana, come le relazioni o il lavoro.

Essi devono anche essere non correlati a farmaci, uso di sostanze o altre malattie (NIH, 2020).

Secondo l'APA (2013), per la diagnosi di PTSD vengono applicati i seguenti criteri volti agli adulti, agli adolescenti e ai bambini di età superiore ai 6 anni:

- A. Esposizione a morte effettiva o minaccia di morte, lesioni gravi o violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:
1. essere direttamente esposti all'evento/i traumatico/i;
 2. assistere in prima persona all'evento/i traumatico/i accaduto ad altri;
 3. venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un familiare oppure ad un amico stretto (in caso di morte effettiva o minaccia di morte di un familiare o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale);
 4. essere ripetutamente o estremamente esposti a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (ad es. i primi soccorritori che raccolgono i resti umani, agenti di polizia ripetutamente esposti a narrazioni o testimonianze di eventi).
- B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati a uno o più eventi traumatici iniziato dopo il verificarsi dell'evento/i traumatico/i:
1. ripetitivi, involontari ed intrusivi ricordi dell'evento/i traumatico/i che causano una sensazione di angoscia;
 2. sogni ripetitivi che causano un senso di angoscia in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno è correlato all'evento/i traumatico/i;
 3. reazioni dissociative (ad es. flashback) nel corso delle quali il soggetto si sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando (tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante);

4. sentimenti di intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che evocano o assomigliano a un aspetto dell'evento/i traumatico/i in causa;
5. marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a un aspetto dell'evento/i traumatico/i.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati a uno o più eventi traumatici, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato dalla presenza di uno o entrambi i seguenti criteri:

1. evitamento o tentativo di evitare ricordi, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i che causano una sensazione di angoscia;
2. evitamento o tentativo di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che generano ricordi o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i e che causano una sensazione di angoscia.

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate a uno o più eventi traumatici, che iniziano o peggiorano dopo il verificarsi dell'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti:

1. incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (in genere a causa dell'amnesia dissociativa e non a causa di altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe);
2. credenze o aspettative negative persistenti ed esagerate su sé stessi, su altre persone o sul mondo (ad es. "sono cattivo", "non ci si può fidare di nessuno", "il mondo intero è pericoloso", "il mio sistema nervoso è completamente distrutto per sempre");
3. persistenti distorsioni cognitive relative alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che inducono il soggetto a incolpare sé stesso o gli altri;
4. persistente stato emotivo negativo (ad es. paura, orrore, rabbia, senso di colpa o vergogna);
5. marcata riduzione di interesse per le attività importanti o ridotta partecipazione alle stesse;
6. sentimenti di distacco dagli altri o di estraneità verso gli altri;
7. persistente incapacità di provare emozioni positive (ad es. incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).

E. Marcate alterazioni dell'*arousal* e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, che iniziano o peggiorano dopo il verificarsi dell'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. comportamento irritabile o esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) che si esprime tipicamente attraverso l'aggressione verbale o fisica nei confronti di persone od oggetti;
2. comportamento sconsiderato o autodistruttivo;
3. Iper-vigilanza;
4. esagerate risposte di allarme;
5. problemi di concentrazione;
6. disturbi del sonno (ad es. difficoltà nell'addormentarsi o a mantenere il sonno).

F. La durata del disturbo (sintomi dei criteri B, C, D ed E) è superiore ad un mese.

G. Il disturbo provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, professionale o di altro tipo.

H. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza (ad es. droga, alcol) o ad un'altra condizione medica.

In base a ciò si può dedurre come la letteratura più recente ha individuato come fondamentale, ai fini dello sviluppo di tale disturbo, la percezione individuale dell'evento come potenzialmente in grado di mettere a rischio l'individuo; da quest'ultimo riscontro è chiaro come si sia allargata la cerchia di eventi che possano essere ritenuti stressanti e di conseguenza il numero delle persone che possono essere afflitte dal PTSD.

1.2 Disturbo post -traumatico da stress *post-partum*

Il parto è uno degli eventi più importanti che le donne sperimentano durante la loro vita e le colpisce fisicamente, mentalmente, emotivamente e socialmente.

In circostanze normali, a seguito del parto, le neomamme provano una serie di emozioni anche contrastanti tra di loro (ad es. felicità, ansia, eccitazione, paura, gratitudine...); il dolore viene ampiamente riconosciuto e ricordato, così come l'ansia e la paura, ma i sentimenti meno piacevoli vengono surclassati dalle emozioni positive. Tuttavia, coloro che sperimentano il parto traumatico, lo ricordano come un periodo durante il quale hanno avvertito paura, disperazione e terrore (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020). Diversi fattori possono contribuire a rendere questo evento stressante e traumatico. Alcune cause sono: un cesareo non pianificato o di emergenza, un parto prematuro, un bambino che

aveva bisogno di cure in terapia intensiva neonatale, complicazioni impreviste del parto, emorragia *post-partum*.

Pertanto, secondo la letteratura esistente, il parto può avere effetti psicologici negativi (oltre che positivi) per una donna. Ciò la può portare a provare disagio psicologico ed in altri casi a sviluppare disturbi mentali (Dekel, Stuebe & Dishy, 2017) veri e propri come il PTSD e non solo.

La 5^a edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) non assegna etichette diagnostiche separate ai disturbi psichiatrici che emergono durante la gravidanza ed il periodo *post-partum* (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020). Perciò per diagnosticarlo si fa riferimento alla diagnosi generale del PTSD presente nel DSM-5, elencato con l'etichetta "Disturbi legati a traumi e fattori di stress".

Esso è una condizione che presenta sintomi simili ad altre forme di PTSD. Generalmente viene definito come un disturbo che si sviluppa come conseguenza diretta di un parto difficile (vissuto soggettivo o oggettivo) o traumatico. Nonostante ciò, le donne possono anche soffrire di tale disturbo anche a seguito di un parto di successo (Liu, Zhang, Guo & Jiang, 2021). Secondo alcuni studi ben il 25% delle donne sperimenta i sintomi di questo disturbo nonostante abbiano dato alla luce un bambino sano (Dekel et al, 2017). In sintesi, il parto traumatico comprende le nascite, sia pretermine che a termine, che sono fisicamente traumatiche (ad esempio, parti strumentali o assistiti o tagli cesarei di emergenza, gravi lacerazioni perineali, emorragia *post-partum*) e le nascite che sono vissute come traumatiche, anche quando il parto è, da un punto di vista ostetrico, semplice (Taylor Miller et al, 2021).

1.2.1 Fattori di rischio

Gli elementi che possono contribuire ad una nascita traumatica comprendono: il tipo di parto (fisiologico, indotto, parto-analgesia...), il dolore provato durante le fasi del travaglio, il supporto ricevuto durante il travaglio, l'intervento strumentale da parte del personale medico, il ricorso ad un cesareo d'emergenza o se si è verificata una situazione di pericolo per la vita della madre o del bambino (anche per pochi istanti).

Per poter identificare quali sono le donne con maggior vulnerabilità a sviluppare il PTSD dopo il parto, al fine di intervenire anche su quei fattori di rischio imm modificabili (ad es. basso reddito o storia di abusi sessuali) e offrire loro un supporto psicologico adeguato, è necessario prestare un'opportuna attenzione a tutti i fattori di rischio che concorrono al suo sviluppo.

Secondo la più recente letteratura esplorata, i fattori di rischio che possono dare origine al PTSD *post-partum* si suddividono in tre categorie.

Variabili Pre-parto: queste includono tutte le caratteristiche della persona, la sua esperienza ed il suo mondo che sono presenti prima del parto e che si pensa possano svolgere un ruolo nell'elaborazione emotiva di questo evento. Queste variabili sono: appartenenza a una famiglia numerosa, avere un basso reddito (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020), la mancanza di supporto sociale, precedenti disturbi psichiatrici (storia di depressione, di ansia come atteggiamento stabile della personalità ed in particolare di PTSD), un *coping* inefficace, una gravidanza a rischio, una storia di trauma sessuale (Verreault et al., 2012) una storia di aborto spontaneo, una gravidanza non pianificata ed infine problemi di salute durante la gravidanza (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020);

Variabili Intra-parto: il parto ed il travaglio rappresentano il momento più delicato e decisivo dell'intero processo riproduttivo, sia perché coincidono con la nascita di una nuova vita sia per il fatto che, da un punto di vista somatico, il parto è un'esperienza molto potente e dolorosa per la madre, dunque, è probabile che tutto ciò che le accade in questa circostanza possa avere valore nel periodo post-natale in termini di possibile sviluppo di una sindrome. Queste variabili sono: il tipo di parto, come ad es., un taglio cesareo di urgenza (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont & Joergensen, 2012) o un parto avvenuto tramite interventi ostetrici di vario genere (ad es. estrazione del bambino col forcipe) con possibile effetto "traumatizzante" per la partoriente, la paura per la propria incolumità o per quella del neonato, il senso di perdita di controllo con sentimenti di impotenza di fronte alla situazione, l'assenza di supporto ed in particolare da parte del padre del nascituro o del personale sanitario (Halperin, Sarid & Cwikel, 2015) (ad es. quando vi sono situazioni di aggressione verbale), le complicanze anestetiche, rimozione manuale della placenta, la dissociazione intra-partum (Lopez et al., 2017), la percezione di un dolore eccessivo durante il travaglio (Verreault et al., 2012) e la cateterizzazione urinaria continua durante il travaglio (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020).

Variabili Post-parto: queste sono principalmente l'emorragia *post-partum*, la depressione *post-partum*, la mancanza di supporto (Ayers et al., 2016), l'aver messo al mondo bambini con problemi o con anomalie, in particolare bambini il cui peso alla nascita è inferiore a 1 Kg, il parto prematuro, un basso punteggio APGAR del bambino al momento del parto, ricevere terapia intensiva neonatale e materna, problemi con

l'allattamento al seno (Gankanda et al., 2021), un'esperienza di disprezzo da parte degli operatori sanitari per la *privacy* personale e infine gli atteggiamenti irrispettosi del personale (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020).

1.2.2 Sintomi

Se una donna sperimenta sintomi, come incubi, *flashback*, irritabilità e senso di colpa dopo la nascita o evita di pensare o parlare del suo travaglio o del momento della nascita, deve essere valutata per il PTSD (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020).

Questi sono gli stessi presenti nella definizione generale del PTSD: sintomi di intrusione, di evitamento, di *hyperarousal* (iper-vigilanza e iperreattività) ed infine sintomi di alterazione dell'umore e dei pensieri.

1.2.3 Conseguenze del PTSD post-partum

Il PTSD *post-partum* è un disturbo ad eziologia multifattoriale, al quale contribuiscono fattori biologici, ambientali e psicosociali. Dunque, un'esperienza di nascita traumatica ha molti effetti negativi sulla madre, sul suo bambino e sulla sua famiglia. Le donne che soffrono di PTSD *post-partum* hanno ripercussioni su molti aspetti della loro vita quotidiana, con un aumentato rischio di sviluppare depressione a lungo termine, associata a difficoltà nella cura dei bambini e nel legame, apprensione nei rapporti sessuali e verso gravidanze future; inoltre, il loro rischio di suicidio è significativamente aumentato (Lopez et al., 2017).

1.3 Classificazione dei disturbi psichici nel post-partum

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riferito che i disturbi psichiatrici sono un'importante causa indiretta di morte materna durante il primo anno dopo il parto. I problemi psichiatrici che emergono durante il periodo *post-partum* influenzano negativamente la madre, il bambino e la famiglia. Una donna su cinque ha una condizione psichiatrica e 7 donne su 10 con disturbi psichiatrici non ricevono il trattamento richiesto (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020). I disturbi psichiatrici del *post-partum* più conosciuti e abitualmente monitorati nella pratica clinica, dai quali il PTSD si distingue, sono la depressione *post-partum*, la *maternity blues* e la *psicosi post-partum*.

- **Maternity blues** (o *baby blues*): è una delle complicanze *post-partum* più comuni ed in Italia ha una frequenza del 29.4% (Gerli et al., 2021). Più che uno stato di malattia, questa viene definita come un cambiamento emotivo temporaneo che si verifica nel

secondo o quarto giorno *post-partum* e dura da diverse ore a due settimane (Durgun & Ulaş, 2022). I sintomi caratteristici del *maternity blues*, oltre al “Non sentirsi più sé stesse”, sono:

- stato d’animo depresso che permane per gran parte della giornata;
- “pianto”;
- sbalzi d'umore.

Esso viene spesso confuso con la depressione *post-partum* in quanto presenta sintomi simili come cambiamenti dell’appetito, cambiamenti del sonno, difficoltà di concentrazione, affaticamento, scarsa energia, sensazione di inutilità e senso di colpa che accompagnano la perdita di interesse e desiderio (Durgun & Ulaş, 2022). Queste analogie condivise con la depressione rendono difficile la distinzione tra le due; tuttavia, la discrepanza più evidente tra queste ultime è l’indifferenza di una donna nei confronti della sua famiglia e del suo bambino; questa cosa differenzia la depressione *post-partum* dal *maternity blues*, nel quale le preoccupazioni della madre sono incentrate su sé stessa e sulla salute di suo figlio. Se il *maternity blues* persiste oltre le due settimane, questo viene considerato “un presagio di depressione *post-partum*” (Durgun & Ulaş, 2022).

- **Depressione *post-partum*:** questa colpisce il 15% delle nuove madri (molte hanno già avuto un episodio precedente) nei primi 3-6 mesi dopo il parto e fino ad un anno dopo (Yeaton-Massey & Herrero, 2019). Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5 (DSM-5), una diagnosi di depressione richiede la presenza di cinque o più sintomi, tra cui:
 - umore depresso;
 - perdita di interesse o piacere;
 - significativa perdita di peso, non dovuto a dieta, o aumento di peso;
 - insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
 - agitazione o rallentamento psicomotorio;
 - faticabilità o mancanza di energia;
 - ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione;
 - sentimenti di autosvalutazione o di eccessiva colpa, o inappropriati;
 - pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

Questi sintomi devono essere presenti per almeno due settimane e almeno uno dei sintomi è: umore depresso o marcata diminuzione di interesse/piacere. È da notare che i criteri diagnostici per la depressione maggiore sono gli stessi per uomini e donne e che la depressione *post partum* non è riconosciuta come entità separata dal DSM-5 (Yeaton-Massey & Herrero, 2019).

- **Psicosi *post-partum* o psicosi puerperale:** questa condizione è relativamente rara: si verifica in circa 1-2 donne per 1000 parti (Dazzan et al., 2022). Nonostante il suo carattere insolito, è il più grave problema di salute mentale perinatale e viene considerata un'emergenza psichiatrica e ostetrica. L'esordio tipico è molto precoce (3-4 giorni dopo il parto) o entro le prime quattro settimane dopo il parto. In molti casi, la psicosi *post-partum* presenta sintomi comuni ai disturbi dell'umore, come la mania o l'episodio misto. Anche la depressione, la labilità dell'umore, la perplessità (estrema confusione) e l'ansia sono comuni (Perry, Gordon-Smith, Jones & Jones, 2021). Essa può inoltre evolvere in una forma pura di depressione maggiore. I sintomi psicotici sono di solito una caratteristica concomitante della malattia che si stima siano presenti in oltre il 70% dei casi di psicosi *post-partum* (Kamperman, Veldman-Hoek, Wesseloo, Robertson Blackmore & Bergink, 2017). Il DSM-5 (2013) non riconosce la psicosi *post-partum* come diagnosi separata, ma definisce le caratteristiche specifiche delle psicosi in generale. Queste vengono descritte come un grave disturbo psichiatrico caratterizzato dalla compromissione del funzionamento globale della persona, cioè delle sue funzioni cognitive (linguaggio, percezione, pensiero, ragionamento, ecc.), del comportamento e degli altri ambiti di funzionamento (affettivo, sociale familiare e lavorativo). Le anomalie psicopatologiche delle psicosi sono raggruppate in cinque classi:
 - deliri;
 - allucinazioni;
 - pensiero disorganizzato (eloquio);
 - comportamento disorganizzato e anormale;
 - sintomi negativi (diminuzione dell'espressione delle emozioni, abulia, alogia, anedonia e asocialità).

Le donne che soffrono di psicosi *post-partum* riportano spesso pensieri di autolesionismo (Kamperman et al., 2017) con un alto rischio di suicidio e di figlicidio, soprattutto nei casi in cui è presente un'ideazione delirante il cui contenuto si riferisce spesso al neonato.

1.4 Ambiti di competenza infermieristica nel prendersi cura

L'assistenza alla maternità è fornita dalla figura professionale dell'infermiere e da altre figure professionali specifiche che collaborano tra loro fungendo da punto di riferimento per la paziente.

L'assistenza alle donne colpite da PTSD *post-partum* rappresenta un compito difficile per l'infermiere in quanto bisogna saper accogliere ed accompagnare la paziente lungo tutto il suo percorso di cura. L'infermiere deve riuscire a stabilire un buon rapporto con l'assistita, creando un'alleanza, ascoltandola e facendola sentire compresa, utilizzando il contatto visivo e sminuendo le varie situazioni di ansia. Creare un'alleanza terapeutica inoltre è una parte fondamentale del ruolo infermieristico ed è la chiave per il raggiungimento di risultati positivi (Hartley, Raphael, Lovell & Berry, 2020).

L' Art. 4 – RELAZIONE DI CURA del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019) afferma che:

“Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.”

La relazione implica ripartizione e proporzionalità attraverso l'ascolto e il dialogo. Questi guidano la relazione sia nell'apprendimento che nella cura, perché senza apprendimento e nella reciprocità della relazione non ci può essere guarigione.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo di ricerca

L'obiettivo primario del presente elaborato è di esplorare, nella letteratura internazionale, quali sono le strategie che potrebbero essere messe in atto per predire e prevenire il PTSD *post-partum*.

Un obiettivo secondario è quello di indagare quali potrebbero essere gli esiti di un PTSD sulla paziente e sul bambino.

2.2 Quesiti di ricerca e metodo P.I.O.

In base al lavoro di ricerca sono stati posti i seguenti quesiti:

1. *quali azioni e interventi potrebbero essere efficaci per individuare le pazienti a rischio di sviluppare il PTSD post-partum e per prevenirne l'incidenza?*
2. *a quali outcome potrebbe andare incontro la donna affetta da PTSD post-partum e il suo bambino?*

Il quesito di ricerca primario è stato formulato seguendo la struttura P.I.O.:

P	Donne che hanno partorito di recente con esperienza di parto traumatico
I	Utilizzo di scale per identificare le pazienti a rischio e interventi non farmacologici per prevenire il disturbo
O	Riduzione dell'incidenza di PTSD <i>post partum</i>

2.3 Strategia di ricerca

Il lavoro di ricerca è iniziato a maggio 2022 ed è terminato a ottobre 2022. Gli studi selezionati per la stesura di questa revisione della letteratura sono stati individuati dalle seguenti banche dati: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Cumulative Index To Nursing and Allied Health Litterature (CINAHL)*, *The Cochrane Library*, *PsycInfo*, *Pubmed* e *Google Scholar*.

2.3.1 Stringhe di ricerca

Per le ricerche avanzate nelle banche dati sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca: *“antenatal AND postnatal mental health”, “post-traumatic stress disorder”, “prevent post-traumatic stress disorder following childbirth”, “prediction postpartum PTSD”, “CBT and debriefing to prevent PTSD post-partum”, “postpartum posttraumatic stress disorder (PTSD) AND cognitive therapy”, “posttraumatic stress disorders after a traumatic birth”, “posttraumatic stress disorder post-partum AND outcomes”, “maternal-infant bonding AND post-traumatic stress disorder”, “questionnaire screening PTSD post-partum”, “posttraumatic stress disorder post-partum AND early intervention”, “early intervention to prevent post-partum post-traumatic stress disorder”*.

2.3.2 Criteri di selezione

Per la selezione degli studi sono stati applicati i seguenti criteri di inclusione:

- periodo di pubblicazione di 10 anni (gennaio 2012 – luglio 2022);
- articoli riguardanti donne in gravidanza o che hanno partorito di recente, donne con sintomi di PTSD o stress post-traumatico o PTSD completo o con un alto rischio di sviluppare il disturbo;
- studi pubblicati in lingua inglese, italiano, francese e spagnolo;
- *full-text* disponibile e a pagamento;

Sono stati esclusi gli studi non ancora ultimati o quelli che hanno presentato solo i risultati preliminari.

Dalla ricerca effettuata nelle banche dati sono stati selezionati 13 studi (Figura 2.1). Di tutti gli studi individuati molti sono stati esclusi in quanto: non pertinenti e/o specifici ai quesiti di ricerca, duplicati e non congrui ai criteri di inclusione.

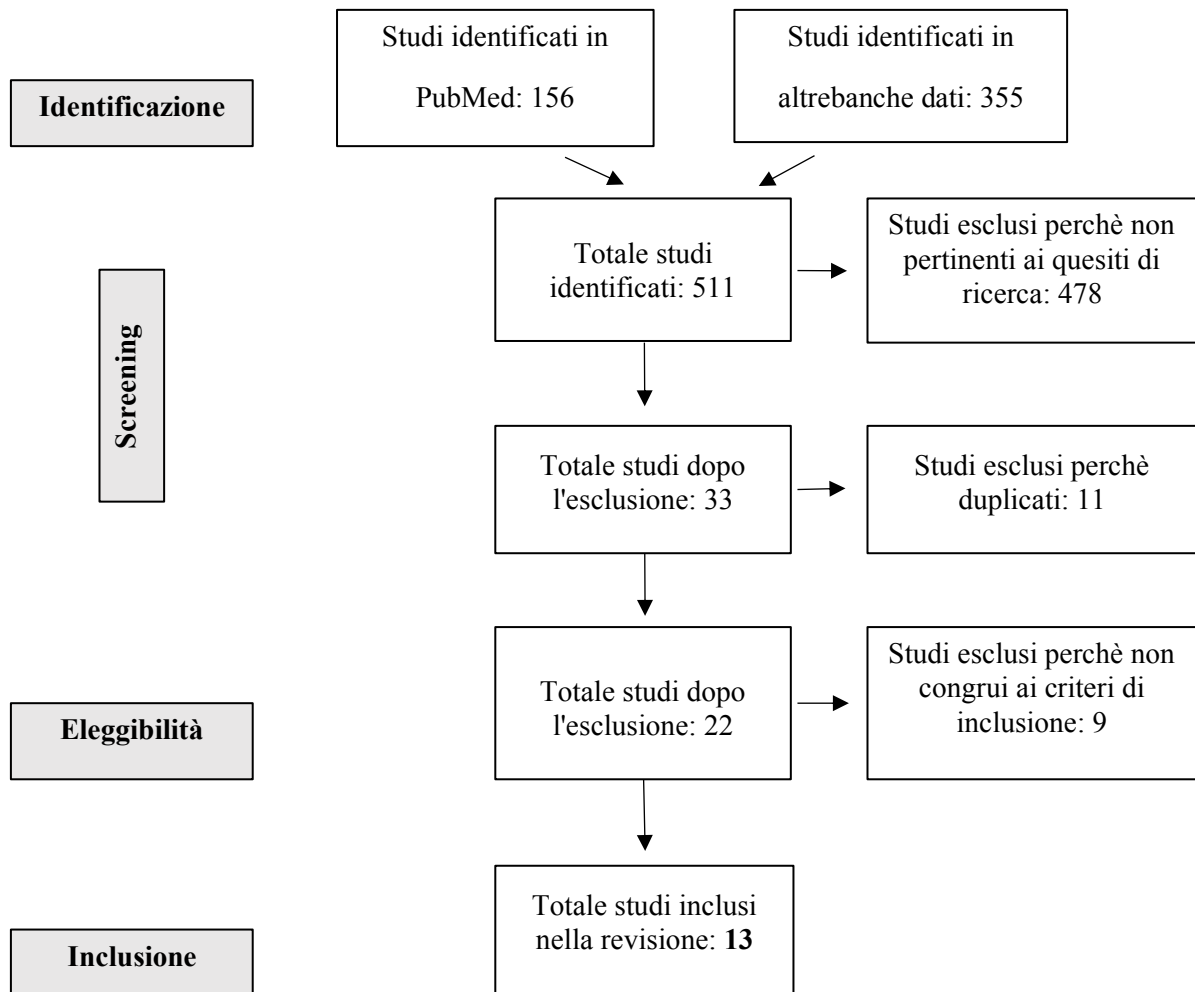


Figura 2.1 – Diagramma di flusso relativo alla selezione degli studi

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Presentazione degli studi selezionati

Sono stati selezionati 13 studi, tra i quali: 2 Linee Guida, 1 Revisione Sistemática con Metanalisi, 7 studi Randomizzati Controllati (RCT), 1 studio prospettico longitudinale, 1 studio prospettico di coorte e 1 studio trasversale. La sintesi del lavoro di selezione degli studi e la presentazione di quelli selezionati sono riportate rispettivamente in Allegato 1 e 2.

3.2 Sintesi dei risultati

Dall'analisi degli studi selezionati, i risultati verranno presentati rispondendo, ai seguenti quesiti di ricerca:

1. *esistono, in letteratura, specifici strumenti di screening finalizzati a individuare le pazienti a rischio di PTSD post-partum?*
2. *esistono interventi preventivi volti a ridurre il rischio di PTSD post-partum a seguito di un'esperienza di parto traumatico o in presenza di fattori di suscettibilità che ne potrebbero determinare la comparsa?*
3. *a quali outcome potrebbe andare incontro la donna affetta da PTSD post-partum, il suo bambino e la famiglia?*

3.2.1 Strumenti di screening finalizzati a individuare le pazienti a rischio di PTSD post-partum

Lo studio controllato randomizzato (RCT) di Shlomi, Dulitzky, Margolis & Simchen (2016) e lo studio trasversale di Hernández-Martínez et al. (2021) hanno avuto l'obiettivo di creare e verificare l'efficacia di due modelli di screening, volti a individuare le donne a rischio di PTSD *post-partum*. Il primo ha costruito il suo modello sulla base di sette fattori di rischio e ha preso come riferimento l'esperienza della/e gravidanza/e precedente/i; l'altro, su una coorte di donne spagnole, ha confermato l'efficacia dell'unico strumento di screening convalidato e ideato unicamente per il PTSD *post-partum*, il questionario del PTSD perinatale (PPQ).

Nello studio RCT di Shlomi et al. (2016) è stato realizzato un modello predittivo di PTSD *post-partum* parziale e completo rivolto alla popolazione di donne con gravidanze complicate, cioè donne con storie ostetriche complesse, condizioni mediche quali malattie

cardiache, renali, cardiovascolari, endocrine, ecc. e complicazioni della gravidanza in corso come ipertensione indotta dalla gravidanza stessa, gravidanze multi-fetali, rischio di travaglio prematuro, diabete gestazionale, ecc. Per tutti questi motivi queste donne hanno un rischio maggiore di sviluppare il disturbo rispetto a coloro che hanno avuto una gravidanza lineare e senza complicanze. Lo studio è stato condotto su un campione di 101 donne, suddivise poi in tre gruppi in base ai sintomi che presentavano un mese dopo il parto:

- gruppo PTSD (criteri di PTSD completi secondo il DSM-IV): $n = 10$;
- gruppo PTSD parziale (presenza di almeno due dei quattro gruppi di sintomi presenti nel DSM-IV che si manifestano per più o meno di un mese): $n = 12$;
- gruppo non PTSD (assenza di sintomi significativi di PTSD dopo il parto): $n = 79$.

Sulla base della analisi effettuate sono emersi i seguenti fattori di rischio che favoriscono lo sviluppo di PTSD *post-partum*: **tristezza o ansia** vissuti durante la gravidanza o il parto antecedente (P-value [p] = 0.09), **precedenti esperienze di parto complicato** ($p = 0.18$), **preferenza per il taglio cesareo** nel parto futuro ($p = 0.03$), **crisi emotive durante la gravidanza** attuale ($p = 0.03$), intensa **paura del parto** ($p = 0.01$), **aspettativa di forti dolori durante il parto** ($p = 0.02$) e **Scala di Depressione Postnatale di Edimburgo** (EPDS) >10 . Questo strumento è stato costruito come test di screening, rivolto a donne puerpere, per individuare i sintomi depressivi e la loro gravità (un punteggio >10 indica sintomi di depressione e un punteggio >12 indica sintomi depressivi significativi). Sebbene i primi due fattori di rischio segnalati (tristezza o ansia vissuti durante la gravidanza o il parto precedente ed esperienze di parto complicato) non siano statisticamente significativi è stata osservata la tendenza ad una maggior percentuale di donne che hanno sviluppato PTSD o PTSD parziale a seguito della loro presenza (Shlomi et al., 2016). All'aumentare del numero di fattori di rischio presenti, aumenta anche il rischio complessivo di sviluppare PTSD *post-partum* di 9.3% per 0 fattori, di 23.4% per 1 e 2 fattori e 63.6% per 3 o più di queste variabili ($p = 0.001$). Inoltre, la combinazione di due fattori predittivi, rispettivamente le crisi emotive durante la gravidanza (Odds ratio [OR] = 7.75) e l'aspettativa di una grave intensità di dolore percepito durante il parto (OR = 4.65) sono risultati significativi nell'aumentare il rischio di sviluppo del disturbo di 15 volte (OR = 15.5; Intervallo di confidenza [IC] 95% = da 1.26 a - 190.89; $p = 0.03$). I tassi di prevalenza del disturbo, ad un mese dal parto, sono risultati essere rispettivamente

9.9% per il PTSD *post-partum* completo e 11.9% per il PTSD parziale. L'identificazione dei sette fattori di rischio prenatali sopra elencati, è stata di fondamentale importanza per la creazione di un semplice questionario composto da sette domande che rappresenta un modello di screening del PTSD *post-partum* per questa fascia di popolazione.

Tabella 3.1 - Questionario predittivo per il PTSD *post-partum* tra le donne con gravidanze complicate (tratto da Shlomi et al., 2016)

Fattori di rischio	Risposta
Hai provato tristezza o ansia durante la gravidanza precedente o dopo il parto?	Sì/no
Descrivi la tua precedente esperienza di nascita su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 riflette un'esperienza molto buona e 5 riflette un'esperienza molto difficile. (Se ce n'è più di uno, scegli l'esperienza peggiore)	0 1 2 3 4 5
Preferisci il taglio cesareo a causa di esperienze in parti precedenti?	Sì/no
Hai avuto crisi emotive durante questa gravidanza?	Sì/no
Descrivi la tua paura del parto su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 riflette una paura molto bassa e 5 riflette una paura molto alta	0 1 2 3 4 5
Descrivi la tua aspettativa di dolore durante il parto su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 riflette un dolore lieve e 5 riflette un dolore molto alto	0 1 2 3 4 5
EPDS > 10	Sì/no
Somma	

Lo studio trasversale di Hernández-Martínez et al. (2021), condotto su 432 donne puerperali spagnole, ha analizzato un altro strumento di screening, ideato specificamente per identificare quelle donne che sono a rischio di sviluppare PTSD *post-partum*: il questionario PTSD perinatale (PPQ). Questo strumento è una misura di 14 items che valuta i sintomi post-traumatici legati all'esperienza del parto, tra cui i sintomi intrusivi o di ri-esperienza, comportamenti di evitamento e *hyperarousal* o di bassa reattività ed infine, i sensi di colpa. Il punteggio va da 0 a 56 ed il cut-off è ≥ 19 punti. Le opzioni di risposta sono state modificate dalla scala dicotomica originale a una scala di tipo Likert a cinque livelli (con punteggio da 0 a 4). Tra le 432 donne che hanno completato il PPQ è stato riscontrato un rischio di PTSD (punteggio ≥ 19) dell'11.1% ($n = 48$). È stato anche

dimostrato che il PPQ presenta un'adeguata validità convergente in quanto ha associato il rischio di PTSD, a variabili quali il rispetto del piano di nascita, il tipo di nascita, la durata della degenza ospedaliera, la riammissione ospedaliera, il ricovero del neonato in Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), il contatto pelle a pelle, l'alimentazione materna alla dimissione, la percezione materna del supporto del partner e il rispetto mostrato dagli operatori sanitari durante il parto e il puerperio.

Il questionario somministrato è composto dalle seguenti domande:

1. Hai avuto brutti sogni riferiti al parto o di ricovero ospedaliero del tuo bambino?
2. Hai avuto sconvolgenti ricordi riferiti al parto o alla degenza ospedaliera del tuo bambino?
3. Hai avuto sensazioni improvvise come se la nascita del tuo bambino stesse accadendo di nuovo?
4. Hai cercato di evitare di pensare al parto o alla degenza ospedaliera del tuo bambino?
5. Hai evitato di fare cose che potrebbero far emergere sentimenti che avevi riguardo al parto o alla degenza ospedaliera del tuo bambino (ad esempio, non guardare un programma televisivo sui bambini)?
6. Sei stata incapace di ricordare parti della degenza ospedaliera del tuo bambino?
7. Hai perso interesse nel fare le cose che fai di solito (ad esempio, hai perso interesse per il tuo lavoro o per la tua famiglia)?
8. Ti sei sentita sola e allontanata dalle altre persone (ad esempio, ti sei sentita come se nessuno ti capisse)?
9. È diventato più difficile per te provare tenerezza o amore verso gli altri?
10. Hai avuto difficoltà insolite ad addormentarti o a rimanere addormentata?
11. Ti sei sentita irritata o arrabbiata con gli altri più del solito?
12. Hai avuto maggiori difficoltà di concentrazione rispetto a prima del parto?
13. Ti sei sentita più nervosa (ad esempio, ti sei sentita più sensibile al rumore o sorpresa più facilmente)?
14. Ti sei sentita più in colpa per il parto di quanto avresti dovuto?

3.2.2 Interventi precoci per la prevenzione del PTSD post-partum e il trattamento dei rispettivi sintomi

La letteratura esplorata ha evidenziato che vi sono specifici interventi efficaci che possono essere messi in pratica per prevenire l'insorgenza di PTSD *post-partum* nelle

donne a rischio. I trattamenti precoci variano in termini di tempo, consegna, durata e intensità. Alcuni di questi sono stati applicati da professionisti sanitari quali psicologi e altri da infermieri o ostetriche. Nel complesso, i 9 studi hanno testato 11 interventi. Questi sono raggruppati nelle seguenti categorie:

- **Terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma:** terapia cognitivo comportamentale (CBT) e consulenza cognitivo comportamentale (CBC), desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), scrittura espressiva e materiali psicologici di auto-aiuto;
- **Altri interventi psicologici non focalizzati sul trauma:** breve compito cognitivo "Tetris", allenamento combinato per ridurre l'ansia, musicoterapia con riproduzione dei suoni della natura, consulenza secondo Gamble, contatto precoce pelle a pelle con le nove fasi istintive, *debriefing* post-natale *face to face*.

Nonostante alcuni di questi interventi vengano ampiamente utilizzati nella pratica clinica per trattare sintomi di PTSD appartenenti ad altri tipi di traumi (CBT, EMDR, scrittura espressiva ecc.) tutti i metodi descritti dagli RCT (Abdollahpour, Bolbolhaghghi & Khosravi, 2017; Chiorino et al., 2019; Abdollahpour, Khosravi, Motaghi, Keramat & Mousavi, 2019; Asadzadeh, Jafari, Kharaghani & Taremian, 2020; Slade et al., 2020; Pourmovahed, Yassini Ardekani, Roozbeh, & Ezabad, 2021.) e dalla Revisione Sistemica (Furuta et al., 2018) sotto riportati, sono stati adattati o specificamente progettati per le donne dopo il parto. Molti di questi interventi sono stati somministrati nelle prime 72 ore dopo il parto, facendo della tempistica un fattore di fondamentale importanza che contribuisce alla prevenzione del PTSD *post-partum*.

Consulenza cognitivo-comportamentale (CBC) e debriefing post-natale face to face

Due metodi validi per la prevenzione del PTSD *post-partum* sono la breve consulenza cognitivo comportamentale (CBC) e il *debriefing*. Quest'ultimo è un metodo di consulenza, una conversazione interpersonale semi-strutturata che dà l'opportunità, a chi ha subito un evento scioccante, di parlare e di descrivere le esperienze spiacevoli, con lo scopo di prevenire le complicanze acute causate dal trauma. Essa si basa sull'espressione delle emozioni, in questo caso della mamma che ha recentemente vissuto l'evento stressante o traumatico del parto. La consulenza cognitivo comportamentale (CBC) è l'altro metodo di consulenza utilizzato per ridurre lo stress dopo il trauma della nascita.

Anche la CBC mira a ridurre i sintomi di stress post-traumatico, ma a differenza del *debriefing*, essa si focalizza per lo più sui pensieri non costruttivi e disfunzionali, ponendosi come obiettivo finale la modifica di questi, ma anche dei comportamenti negativi. L'RCT di Abdollahpour et al. (2019), ha analizzato gli effetti di questi due metodi su una coorte di 193 madri che avevano avuto un parto traumatico nelle precedenti 48 ore. In questo studio entrambi i tipi di consulenza faccia a faccia sono stati forniti da un'ostetrica ben addestrata. La sessione veniva fatta entro le prime 48 ore dopo il parto, per una durata di 40-60 minuti.

Il PTSD è stato misurato con la scala di valutazione *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R), una scala di valutazione a 22 elementi che misura i sintomi di intrusione (8 elementi), evitamento (8 elementi) e ipereccitazione (6 elementi). La scala di risposta è di tipo Likert e va da 0 a 4 punti. Il punteggio cumulabile minimo è 0 e quello massimo 88. Un punteggio ≥ 33 rappresenta il miglior cut-off per una probabile diagnosi di PTSD, mentre un punteggio ≥ 24 indicava uno stress post-traumatico clinicamente significativo. In questo studio le madri sono state classificate come ad alto rischio (punteggio ≥ 45), medio rischio (punteggio 30-44) e basso rischio (punteggio < 30). Entrambe le procedure sono risultate efficaci, tant'è che si sono riscontrate differenze statisticamente significative nei punteggi medi di stress post-traumatico nelle nascite traumatiche tra i gruppi di intervento e il gruppo di controllo a 4-6 settimane (controllo: Media [M] = 25.1; Deviazione Standard [SD] = 9.1; CBC: M = 18.7; SD = 7.8; *debriefing*: M = 17.7; SD = 9.2) e 3 mesi dopo l'intervento (controllo: M = 20.6; SD = 7.9; CBC: M = 6.3; SD = 5.3; *debriefing*: M = 14.5; SD = 5.9; $p < 0.001$). In base ai punteggi medi a 3 mesi dopo l'intervento, si nota una differenza statisticamente significativa anche tra i gruppi di *debriefing* e di CBC, con punteggi GHQ-28 inferiori a favore della CBC (CBC: M = 6.3; SD = 5.3; *debriefing*: M = 14.5; SD = 5.9; $p < 0.001$). Questo trial ha dimostrato che entrambi i metodi di consulenza avevano un livello significativo di efficacia, ma anche che la CBC è stata più efficace a breve e a lungo termine rispetto al *debriefing*.

Sempre in merito alla prevenzione del PTSD, secondo la linea guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) il *debriefing* psicologico non dovrebbe essere offerto come intervento precoce in quanto non particolarmente efficace. NICE (2018) suggerisce invece che per prevenire l'insorgenza di PTSD negli adulti che hanno un disturbo da stress acuto o sintomi clinicamente significativi e che sono stati esposti a uno o più eventi traumatici nell'ultimo mese, tra cui l'esperienza di parto traumatico, è

necessario offrire un intervento individuale di terapia cognitivo comportamentale (CBT) incentrato sul trauma. Questi interventi comprendono:

- Terapia di Elaborazione Cognitiva (CPT);
- Terapia Cognitiva per il PTSD;
- Terapia di Esposizione Narrativa (NET);
- Terapia di Esposizione Prolungata (PE).

Un'altra linea guida di NICE (2020) raccomanda che per una donna con sintomi sottosoglia persistenti di stress post-traumatico in gravidanza o nel periodo postnatale, è opportuno offrire un intervento psicologico a bassa intensità (per esempio materiali di auto-aiuto facilitato) basati sulla CBT per un periodo compreso tra 2 e 3 mesi con supporto (faccia a faccia o per telefono), per un totale di 2 o 3 ore in 6 sessioni o un intervento psicologico ad alta intensità (per esempio CBT) come trattamento iniziale per lo specifico problema di salute mentale.

Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso Movimenti Oculari (EMDR) precoce

La *Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari* (EMDR), è un'alternativa valida alla CBT che dovrebbe essere offerta precocemente alle donne che soffrono di sintomi di PTSD a seguito di un parto traumatico. Ciò viene raccomandato dalla Linea Guida NICE (2020) sulla salute prenatale e postnatale. L'EMDR è una tecnica psicoterapeutica volta a trattare i ricordi traumatici non elaborati o elaborati in modo disfunzionale ed i sintomi di stress a essi associati. Il protocollo di intervento prevede l'uso di una stimolazione fisica bilaterale alternata (oculare, tattile o uditiva) mentre la paziente si concentra su un ricordo traumatico preciso. Una volta individuato il ricordo, si chiede al paziente di concentrarsi su di esso e di seguire, per esempio, i movimenti delle dita che velocemente si spostano da destra a sinistra e si domanda poi di riferire cosa nota. L'obiettivo principale di tale approccio è desensibilizzare il disagio causato da queste memorie intrusive.

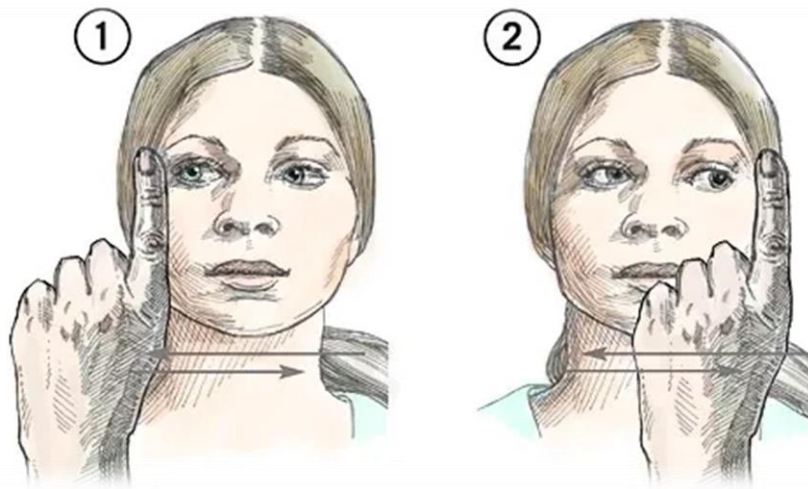


Figura 3.1 - **Tecnica EMDR** (tratta da Lopez, 2015)

Nell’RCT di Chiorino et al. (2019) è stata indagata l’efficacia dell’EMDR precoce nel ridurre i sintomi di stress post-traumatico delle donne con vissuto soggettivo e/o oggettivo di parto traumatico e punteggio ≥ 24 in base alla *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R). Le neomamme sono state reclutate dal reparto di maternità dell’Ospedale Policlinico di Milano e poi randomizzate in due gruppi:

- al gruppo di intervento ($n = 19$) è stato effettuato il trattamento di EMDR per 90 minuti entro le prime 72 ore dall’esperienza di nascita traumatica;
- al gruppo di controllo ($n = 18$) invece, è stata fatta una consulenza psicologica di supporto standard incentrata sulle emozioni vissute durante il parto sempre entro le prime 72 ore successive all’evento.

Tutte le partecipanti hanno completato l’IES-R al follow-up di 6 e 12 settimane. Come misura di esito primario è stata esaminata la percentuale di pazienti che erano considerate asintomatiche (cioè con punteggio IES-R < 23) a 6 e 12 settimane dal parto. A 6 settimane è stato riscontrato che 15 pazienti su 19 (78.9%) nel gruppo EMDR e 7 pazienti su 18 (38.9%) nel gruppo di controllo avevano un punteggio IES-R < 23 con una differenza significativa tra i due gruppi ($p = 0.02$). L’efficacia maggiore nel ridurre la percentuale di donne con sintomi di stress *post-partum* si è perciò vista nel gruppo EMDR. A 12 settimane, invece, 17 pazienti su 19 (89,5%) nel gruppo EMDR e 12 su 18 (66,7%) in quello di controllo, erano asintomatiche e non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra i due gruppi ($p = 0.124$). È stato poi valutato se i diversi trattamenti psicoterapeutici (EMDR o consulenza psicologica di supporto standard), applicati alle

pazienti, hanno avuto un impatto diverso sui sintomi post-traumatici. In questo caso è stata osservata una significativa differenza nei sintomi complessivi di PTSD (misurati con la IES-R) a favore dell'intervento, 6 (intervento: $M = 16.47$; $SD = 13.26$ vs controllo: $M = 25.22$; $SD = 11.52$; $p = 0.04$) e 12 settimane dopo il parto (intervento: $M = 9.58$; $SD = 8.9$ vs controllo: $M = 17.56$; $SD = 12.32$; $p = 0.03$). Altri risultati meritevoli a favore dell'intervento sono la riduzione dei *flashback* a 12 settimane di follow-up ($p = 0.042$). Dagli esiti ottenuti l'EMDR sembra essere più efficace della consulenza psicologica di supporto nel ridurre la proporzione di donne che manifesta stress post-traumatico *post-partum* a 6 settimane. Questa differenza non era più presente al follow-up di 12 settimane ma, nonostante ciò, nel gruppo EMDR si è registrata una maggiore riduzione di questi sintomi rispetto al gruppo di controllo. Questo esito è in accordo con la Linea Guida NICE (2018) che indica la maggior efficacia delle terapie incentrate sul trauma, come l'EMDR e la CBT, rispetto agli interventi non focalizzati sul trauma. In un'altra Linea Guida NICE (2020) si raccomanda la CBT o l'EMDR come intervento che dev'essere necessariamente offerto alle donne che soffrono di diagnosi di PTSD, causato da un parto traumatico, da un aborto spontaneo, da un parto con feto morto o da una morte neonatale e questi interventi psicologici, in questo caso volti a trattare il disturbo e non a prevenirlo, non devono mai protrarsi per una sola seduta con un focus esplicito sul "rivivere" il trauma. Complessivamente anche la Revisione Sistemica di Furuta et al. (2018) sostiene che le terapie psicologiche incentrate sul trauma (indipendentemente dalle modalità di intervento) sono efficaci nel ridurre i sintomi del PTSD *post-partum* sia a breve che a medio termine. Le analisi dei sottogruppi hanno dimostrato che il compito cognitivo computerizzato "Tetris", la consulenza psicologica, l'allenamento combinato per ridurre l'ansia e la CBT focalizzata sul trauma erano particolarmente efficaci nel ridurre i sintomi a breve termine (fino a 3 mesi dopo il parto) per le donne ad alto rischio di sperimentare PTSD *post-partum* a seguito di un parto traumatico (4 RCT: Horsch et al., 2017; Navidian, Saravani & Shakiba, 2017; Nieminen et al., 2016; Zerkowtz et al., 2011; $n = 301$; Differenza media standardizzata [SMD] = -0.50; IC 95% = da -0.73 a -0.27); la scrittura espressiva invece, ha avuto effetti benefici nel ridurre i sintomi del disturbo nel gruppo a basso rischio, cioè coloro che hanno avuto un parto semplice (2 RCT: Di Blasio & Ionio, 2002; Di Blasio & Ionio, 2009; $n = 300$; SMD = -0.43; IC 95% = da -0.66 a -0.20). La scrittura espressiva è risultata efficace anche nel ridurre i sintomi del PTSD *post-partum* a medio termine (cioè 3-6 mesi dopo il parto), indipendentemente dal fatto che le donne avessero avuto un parto oggettivamente traumatico o meno (2 RCT: Di

Blasio et al., 2015; Horsch et al., 2016; $n = 174$; $SMD = -1.87$; $IC\ 95\% =$ da -2.60 a -1.13). Questi risultati supportano l'uso delle terapie psicologiche incentrate sul trauma (TFPT), tuttavia in questo studio, non è emerso quale tipo di intervento sia migliore. Sempre dall'analisi di questa revisione un intervento è spiccato in particolar modo per la sua efficienza e semplicità di esecuzione: il gioco per computer "Tetris".

Attività di gioco visuo-spaziale "Tetris"

La ricerca neuroscientifica sulla formazione della memoria e il suo consolidamento suggerisce che i ricordi sono malleabili (cioè non ancora stabilizzati) dall'evento di insorgenza fino a circa 6 ore dopo la codifica iniziale (Horsch et al., 2017).

Tenuto conto di questa teoria, nello studio RCT "Proof-of-Principle" di Horsch et al. (2017) è stato dimostrato con successo che un intervento cognitivo relativamente semplice che coinvolge un gioco per computer (Tetris) con elevate richieste visuo-spaziali ha avuto un grande ruolo nel prevenire i ricordi intrusivi del trauma in una coorte di 56 madri sottoposte a cesareo di emergenza. Le partecipanti al gruppo di intervento che hanno giocato a Tetris per 15 minuti entro le successive 6 ore al parto, hanno riportato, dopo una settimana, meno ricordi traumatici intrusivi rispetto ai controlli (gruppo di intervento: $M = 4.77$, $SD = 10.71$ vs gruppo di controllo: $M = 9.22$, $SD = 10.69$; $p < 0.017$). Sempre dopo una settimana, vi è stata anche una riduzione dei sintomi di ri-esperienza. La Metanalisi di Furuta et al, (2018) ha confermato l'efficacia di questo intervento nel ridurre i sintomi del PTSD *post-partum* nelle popolazioni ad alto rischio ($SMD = -0.51$; $IC = -1.09 - 0.07$).

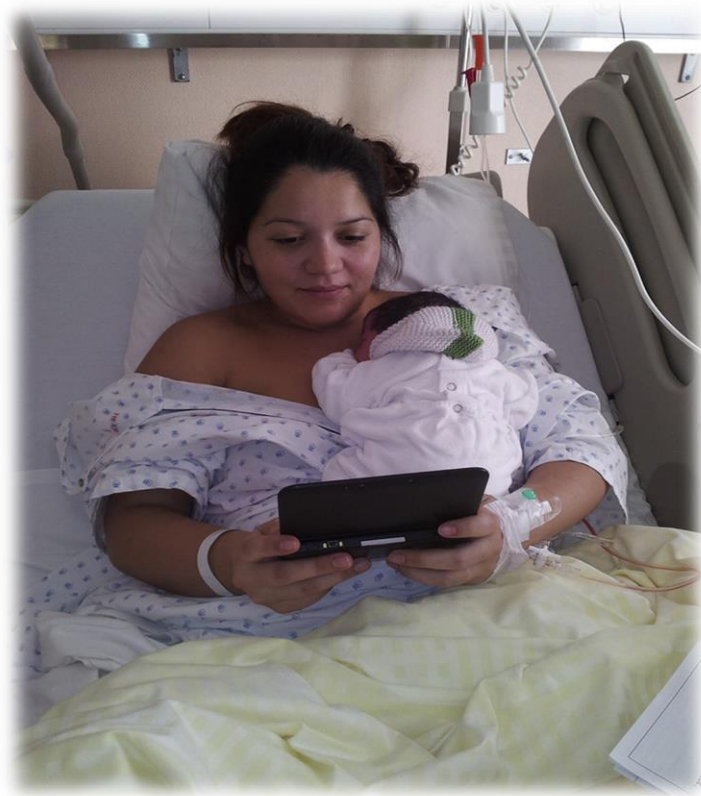


Figura 3.2 - Partecipante allo studio che esegue la procedura di compito cognitivo tramite Nintendo DS (tratta da Horsch et al., 2017)

Materiali psicologici di auto-aiuto

In linea con le raccomandazioni contenute nella linea guida NICE (2020), l'RCT di Slade et al. (2020), ha indagato un intervento psicologico che consisteva nel fornire materiali di auto-aiuto volti a prevenire lo sviluppo di PTSD *post-partum* nelle donne che avevano vissuto il loro parto come traumatico. I materiali consegnati includevano informazioni circa il disagio, i pensieri spiacevoli ed i *flashback* provati a seguito del trauma da parto. Contenevano inoltre diversi esercizi da mettere in pratica e ribadivano l'importanza della discussione con un esperto in merito all'esperienza vissuta, al fine di elaborare i vissuti. In questo studio è stata reclutata una coorte di 678 donne, randomizzate in seguito in due gruppi. Rispettivamente:

- il gruppo di intervento ($n = 336$) ha ricevuto le cure abituali postnatali e i materiali di auto-aiuto (opuscolo e film online);
- il gruppo di controllo ($n = 342$) ha ricevuto solo le cure abituali.

Le donne sono state seguite telefonicamente a 6 e 12 settimane dal parto e durante il follow-up ne sono state perse 93 nel gruppo di intervento e 98 nel gruppo di controllo. Entrambi i gruppi hanno completato un'intervista con la *Clinician - Administered PTSD Scale* (CAPS-5) e risposto ai quesiti dei ricercatori che indagavano l'utilizzo dei materiali messi a disposizione. Il CAPS-5 è un'intervista strutturata composta da 30 elementi che rappresenta il *gold standard* nella valutazione del PTSD secondo il DSM-5. L'esito primario del presente studio era un composito di PTSD diagnostico e sub-diagnostico, valutato a 6-12 settimane postnatali utilizzando l'intervista secondo il CAPS-5. Il PTSD sub-diagnostico è stato definito come il soddisfacimento della soglia diagnostica per i criteri A (esposizione), G (disagio o compromissione in relazione all'evento) e per almeno un sintomo dei criteri B (ri-esperienza) o C (evitamento) (Slade et al., 2020). Gli esiti mostrano che la percentuale di donne con PTSD diagnostico o sub-diagnostico al follow-up non differiva tra il gruppo che aveva ricevuto materiali di auto-aiuto (26.7%, rispettivamente 65 donne su 243) piuttosto che la sola assistenza abituale (26.2%, rispettivamente 64 donne su 244). L'analisi *intention-to-treat* degli autori (Rischio relativo [RR] = 1.02; IC 95% = 0.68 - 1.53; $p = 0.92$) era coerente con l'analisi per protocollo, che escludeva le donne randomizzate erroneamente nei diversi gruppi (RR = 1.04; IC 95% = 0.85 - 1.27). I materiali psicologici di auto-aiuto sono risultati inefficaci nel ridurre l'incidenza del PTSD diagnostico e sub-diagnostico. Nonostante ciò, le donne hanno dichiarato di aver ritenuto l'intervento utile.

Breve intervento di consulenza: metodo di Gamble e colleghi

L'RCT di Asadzadeh et al. (2020), ha indagato se nelle donne dopo un parto traumatico che manifestano sintomi di PTSD, due sessioni di consulenza basate sull'intervento di Gamble, una entro le 72 ore successive al parto e l'altra dopo le 4-6 settimane *post-partum*, ciascuna della durata di 40-60 minuti, possono ridurre i sintomi di PTSD, di depressione e di ansia, tra un gruppo di donne che avevano avuto un parto traumatico. Delle 270 donne che rispondevano ai criteri di inclusione allo screening iniziale, 90 (38,62%) hanno riferito di aver avuto un parto traumatico e quindi di aver soddisfatto il criterio A del DSM-5 per il PTSD.

Queste sono state divise in due gruppi:

- il gruppo di intervento ($n = 45$) ha ricevuto le cure di routine postnatali e la consulenza faccia a faccia entro le 72 ore successive al parto più quella telefonica da 4-6 settimane

dopo il parto, inoltre, poteva contattare telefonicamente la propria ostetrica tra le due sessioni;

- il gruppo di controllo ($n = 45$) ha ricevuto solo le cure di routine postnatali.

Entrambi i gruppi sono stati valutati con la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5* (PCL-5) prima dell'intervento sperimentale (Intervento: $M = 24.36$; $SD = 8.26$; vs Controllo $M = 25.67$; $SD = 9.4$), a 4-6 settimane e alla fine del follow-up di 3 mesi. La PCL-5 è uno strumento di autovalutazione composto da 20 elementi che valuta i 20 sintomi di PTSD secondo il DSM-5. Le opzioni di risposta sono rappresentate da una scala di tipo Likert a cinque 5 punti, dove 0 ha il valore di "per niente" e 4 di "estremamente". Il punteggio viene calcolato sommando il numero di punti per ogni risposta: quello minimo è 0 e il massimo è 80. Un punteggio di cut-off PCL-5 tra 31-33 è indicativo di probabile PTSD. I risultati dimostrano che rispetto al gruppo di controllo, il gruppo di intervento ha avuto una riduzione significativamente maggiore dei punteggi PCL-5 sia a 4-6 settimane (Intervento: $M = 13.50$; $SD = 5.88$; vs Controllo: $M = 22.30$; $SD = 8.31$; $p < 0.0001$) che dopo 3 mesi dal parto (Intervento: $M = 5.56$; $SD = 5.08$; vs Controllo: $M = 14.02$; $SD = 7.47$; $p < 0.0001$).

Terapia musicale con riproduzione dei suoni della natura

Un altro studio, ancora più recente, di Pourmovahed et al. (2021), ha indagato un altro metodo efficace e a basso costo per diminuire i sintomi del PTSD *post-partum*: la terapia musicale con riproduzione dei suoni della natura. Le 45 partecipanti che rispondevano ai criteri di inclusione (con diagnosi o sintomi di PTSD valutati con PPQ > 6pt, dopo aver dato alla luce neonati prematuri poi ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale [UTIN]) sono stati divise in due gruppi secondo un campionamento di convenienza e in modo casuale. Per due settimane, durante il turno serale (17.00-18.00), i membri del gruppo di intervento ($n = 23$) hanno ascoltato musica con riproduzione del suono della pioggia, del mare e della natura. Questa è stata ascoltata per 20-30 minuti al giorno, tramite MP3, accanto all'incubatrice dei loro bambini. Il gruppo di controllo ($n = 22$) invece, non lo ha fatto. I punteggi del PTSD nel gruppo sperimentale prima e dopo l'intervento erano rispettivamente $M = 9.39$; $SD = 1.67$; $M = 4.39$; $SD = 1.49$ e nel gruppo di controllo $M = 8.54$; $SD = 1.59$; $M = 5.31$; $SD = 1.71$. I risultati hanno dimostrato che prima di mettere in atto l'intervento, la gravità media del PTSD non era significativamente diversa tra i gruppi di intervento e di controllo ($p = 0.09$), ma dopo l'intervento questa lo era diventata,

con riduzione dei punteggi a favore del gruppo di controllo ($p = 0.02$). Dunque, in coloro che hanno ricevuto l'intervento anche questa si è dimostrata particolarmente efficace nel ridurre la gravità del PTSD *post-partum* ($p < 0.03$). La musicoterapia promuove il legame emotivo tra la madre e il bambino e riduce di conseguenza lo stress della madre, aiutandola anche ad adattarsi all'ambiente poco piacevole della terapia intensiva neonatale e a tutte le attrezzature mediche collegate al bambino (Pourmovahed et al, 2021).

Contatto precoce pelle a pelle con le nove fasi istintive entro la prima ora dopo il parto

Secondo l'RCT di Abdollahpour et al. (2017), il contatto precoce pelle a pelle con le nove fasi istintive entro la prima ora dopo la nascita ha avuto altresì validi benefici sulla salute mentale delle madri dopo un parto traumatico.

Le nove fasi istintive del bambino comprendono:

1. il pianto alla nascita;
2. il rilassamento;
3. il risveglio;
4. l'attività;
5. il riposo;
6. il gattonamento;
7. la familiarizzazione;
8. l'allattamento;
9. il sonno.

Nello stesso RCT (Abdollahpour et al., 2017) delle iniziali 82 madri con parto traumatico, 78 hanno concluso il follow-up a 2 e 3 mesi dopo il parto. Il campione è stato diviso in due gruppi:

- di intervento (contatto precoce pelle a pelle con le nove fasi istintive entro la prima ora dopo la nascita);
- di controllo (contatto pelle a pelle di routine).

I risultati hanno mostrato che il punteggio medio delle madri nei gruppi di intervento e di controllo era significativamente diverso ($p < 0.01$) e con il passare del tempo, lo stato psicofisico nel gruppo di intervento (2° e 3° mese di follow-up: $M = 20.5$; $SD = 13.4$; $M = 13.8$; $SD = 13.8$) appariva migliore di quello del gruppo di controllo (2° e 3° mese di

follow-up: $M = 42.6$; $SD = 11.0$; & $M = 33.0$; $SD = 11.0$ [$p < 0.01$]). La salute psicofisica, come risultato di questo studio, è stata valutata utilizzando la versione persiana del *General Health Questionnaire* (GHQ-28), uno strumento che misura i sintomi fisici, l'ansia, le disfunzioni sociali e la depressione (cut off >24). Il contatto pelle a pelle precoce riduce i sintomi dello stress e della depressione. Di conseguenza, essendo entrambi fattori di rischio del PTSD *post-partum*, questo intervento previene anche quest'ultimo disturbo.

3.2.3 Outcome negativi sulla donna e sul bambino

Gli studi hanno dimostrato che il PTSD *post-partum* completo e parziale ha un impatto negativo sulla qualità di vita delle donne, sulla salute fisica, sulle relazioni personali, sullo sviluppo fisico, comportamentale, sociale ed emotivo del/i loro bambino/i ma anche sulla relazione con il partner presentando problemi sessuali di vario genere. Inoltre, condiziona fortemente le future scelte riproduttive. La traumatizzazione correlata alla nascita è dovuta a situazioni in cui il parto comporta la morte effettiva/ minaccia di morte o una ferita per la donna partoriente o per il suo bambino. I fattori di rischio che aumentano la suscettibilità della donna a percepire il parto come traumatico sono: una storia di traumi sessuali e violenza intima del partner, depressione o ansia in gravidanza, paura del parto, complicazioni durante la gravidanza, interventi ostetrici / parto chirurgico, complicanze *peri-partum*, un'esperienza soggettiva negativa di nascita e percezione di cure *intra-partum* inadeguate o mancanza di supporto sociale (Martini et al., 2020). La traumatizzazione correlata alla nascita colpisce la diade madre-figlio e la cura del bambino stesso potrebbe innescare, nella mamma, ricordi traumatici del parto. I ricordi traumatici a loro volta o la ri-esperienza del parto potrebbero ridurre la disponibilità emotiva della madre per il bambino, specialmente se il bambino funge da innesco dei sintomi. Questo potrebbe interferire con l'allattamento al seno e avere implicazioni a lungo termine per la salute dei neonati e sul legame che il bambino sviluppa con la madre. Alcuni studi hanno rilevato che il PTSD *post-partum* è associato anche a temperamento difficile e/o a uno sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo più povero nei bambini fino a 2 anni (Martini et al., 2022). Quando oltre al PTSD vi sono anche altri disturbi concomitanti, quali depressione e ansia, il rischio di suicidio è significativamente alto. Nello studio prospettico-longitudinale di Martini et al. (2022) sono state esaminate le conseguenze materne ed infantili dovute alla "traumatizzazione" da parto.

Il reclutamento delle partecipanti con i dati clinici è stato intrapreso durante l'inizio della gravidanza e per poter essere idonee allo screening iniziale le donne non dovevano presentare disturbi di ansia e/o depressivi prima o durante la gravidanza e fino alla 35[^]-37[^] settimana di gestazione. Per poter studiare gli effetti del trauma da parto, alle donne sono stati posti molteplici interviste diagnostiche standardizzate e questionari. Altri dati sono stati ricavati dalle cartelle cliniche e attraverso osservazioni standardizzate. Le neomamme sono state seguite per un lungo periodo e intervistate a 10 giorni, a 2, 4 e 16 mesi *post-partum*. Per poter definire il loro parto come traumatico dovevano rientrare nelle seguenti categorie: A1: vissuto oggettivo o soggettivo di parto traumatico o A2: aver provato intensa paura, impotenza o orrore durante l'evento; E: presenza di sintomi di *hyperarousal* / di ri-esperienza o di evitamento. Delle 124 donne seguite, 35 sono state classificate come traumatizzate e 19 come traumatizzate e depresse; le restanti 70 partecipanti fungevano da gruppo di confronto in assenza di sintomi da trauma o depressione.

La tabella sottostante (3.2) mostra che le neomamme con traumatizzazione correlata alla nascita hanno avuto numerosi esiti avversi: ansia, disturbi depressivi, numerose paure legate al bambino, problemi sessuali e, in caso di ulteriore depressione *post-partum*, i bambini erano più spesso colpiti da problemi di alimentazione e sonno. Inoltre, il rischio di problematiche legate al sonno e all'alimentazione è risultato aumentato nelle madri con parti traumatici e depressione *post-partum* presenti in concomitanza.

In un altro studio prospettico di coorte di Kjerulff, Attanasio, Sznajder & Brubaker (2021), è stata indagata l'associazione tra i sintomi di PTSD *post-partum* e legame materno-infantile. Quest'ultimo è stato misurato a 1,6 e 12 mesi successivi al parto, utilizzando una versione modificata e abbreviata del *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ).

Tabella 3.2 - **Outcome materni e infantili nelle donne con trauma e senza trauma correlato alla nascita (e depressione)** (Martini et al.,2022)

Outcome		Trauma correlato alla nascita (gruppi)				
		Si (n = 70)	No (n = 35)		Si con depressione (n = 19)	
		n. (%)	OR (IC 95%)		n. (%)	OR (IC 95%)
Sulla madre (post-partum)						
Paura	di errori nell'assistenza all'infanzia	9 (12.9)	11 (31.4)	OR = 3.11 (1.14–8.44)	6 (31.6)	/
	di errori nell'alimentazione dei bambini	12 (17.1)	14 (40.0)	OR = 3.22(1.29–8.07)	7 (36.8)	/
	di errori nell'educazione dei figli	3 (4.3)	10 (28.6)	OR = 8.93 (2.27–35.14)	6 (31.6)	OR = 10.31 (2.28–46.56)
	della separazione dal bambino	3 (4.4)	7 (20.6)	OR = 5.62 (1.35–23.36)	3 (16.7)	/
	di inappropriato sviluppo infantile per età	5 (7.1)	5 (14.3)	/	5 (26.3)	OR = 4.64 (1.18–18.23)
	di morte infantile	13 (18.6)	16 (45.7)	OR = 3.69 (1.51–9.06)	9 (47.4)	OR = 3.95 (1.34–11.66)
Valutazione della paura come eccessiva		30 (42.9)	23 (65.7)	OR = 2.56 (1.10–5.94)	13 (68.4)	/
Presenza di sintomi di ansia		7 (10.0)	10 (28.6)	OR = 3.60 (1.23–10.51)	5 (26.3)	/
Valutazione delle paure come frequenti		6 (8.6)	9 (25.7)	OR = 3.69 (1.19–11.42)	4 (21.1)	/
Interferenza con la vita quotidiana		2 (2.86)	5 (14.3)	OR = 5.67 (1.04–30.87)	4 (21.1)	OR = 9.07 (1.52–54.15)
Qualsiasi disturbo d'ansia <i>post-partum</i>		6 (8.6)	14 (40.0)	OR = 7.11 (2.43–20.86)	8 (42.1)	OR = 7.76 (2.25–26.72)
Interesse sessuale		3.2 (1.4)	3.9 (1.3)	(0.18 - 1.33)	4.2 (1.2)	(0.30-1.75)
Eccitazione sessuale		2.8 (1.4)	3.4 (1.4)	(0.02–1.19)	3.5 (1.4)	/
Soddisfazione sessuale		2.8 (1.3)	3.9 (1.5)	(0.50-1.67)	4.4 (1.5)	(0.84-2.29)
Sul bambino						
Problemi di alimentazione		17/70 (24.3)	15/35 (42.9)	/	12/19 (63.2)	OR = 5.34 (1.81–15.74)
Problemi di sonno		8/70 (11.4)	9/35 (25.7)	/	8/19 (42.1)	OR = 5.64 (1.75–18.18)

Il questionario è composto da dieci domande con opzioni di risposta rappresentate da una scala di tipo Likert a cinque 5 livelli, dove 1 ha il valore di "sempre" e 5 di "mai".

La metà dei quesiti presentano un'opzione di risposta inversa, cioè 1 corrisponde a "mai" e 5 a "sempre". Il punteggio minimo cumulabile è pari a 10 e quello massimo a 50; più alto è il punteggio, migliore è il legame materno-infantile. Alcuni esempi degli elementi misurati sono il livello di:

- vicinanza che la mamma sente verso il proprio bambino;
- nostalgia per i tempi in cui il bambino non era ancora nato;
- amore e affetto verso il bambino;
- gioia provata nell'aver avuto il bambino;
- pianto del bambino.

Come si può vedere nella tabella sotto riportata, i risultati mostrano che le donne con PTSD *post-partum* hanno maggiori probabilità di valutare negativamente il legame materno-infantile a 1 mese dopo il parto (OR 2.5; IC 95% 1.8 - 3.3; $p < 0.001$), a 6 mesi (OR 2.1; IC 95% 1.5 - 2.8; $p < 0,001$) e a 12 mesi *post-partum* (OR 2.2; IC 95% 1.6 - 3.0; $p < 0.001$). Questi dati permettono perciò di affermare che tale disturbo è associato a livelli più bassi di legame materno-infantile nel corso del primo anno.

Tabella 3.3 - Sintomi di PTSD riportati a 1 mese dopo il parto in relazione ai punteggi di legame materno-infantile valutati negativamente a 1, 6 e 12 mesi post-partum (Kjerulff et al., 2021)

Sintomi PTSD	Basso punteggio alla PBQ					
	1 mese N = 3005		6 mesi N = 2909		12 mesi N = 2802	
	n (%)	OR (IC 95%) P-value	n (%)	OR (IC 95%) P-value	n (%)	OR (IC 95%) P-value
SI	135 (60.0)	2.5 (1.8-3.3) $p < 0.001$	116 (54.0)	2.1 (1.5-2.8) $p < 0.001$	121 (59.0)	2.2 (1.6-3.0) $p < 0.001$
NO	891 (32.1)	/	798 (29.6)	/	866 (33.3)	/

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione

Lo scopo di questa revisione è quello di fornire un quadro generale sugli strumenti più efficaci, descritti dalla letteratura internazionale, finalizzati a prevenire il PTSD *post-partum* tenendo conto di tutti i fattori di rischio che contribuiscono al suo sviluppo. Ciò può essere messo in pratica attraverso specifici questionari di screening volti a cogliere i primi segnali di un possibile esordio di PTSD *post-partum* e gli appropriati interventi psicologici. Inoltre, per comprendere l'importanza della prevenzione di questa patologia, è fondamentale considerare quali siano le conseguenze che ne derivano, sia per la mamma che per il neonato.

Gran parte della letteratura esplorata si è focalizzata sulla prevalenza e sui fattori di rischio ad esso associati, molto poco sulla prevenzione. Nonostante ciò, la provenienza degli studi selezionati indica che, sebbene il PTSD *post-partum* sia ancora un argomento poco conosciuto, è di rilevanza internazionale condurre ulteriori ricerche (molte delle quali in corso di svolgimento) che lo possano meglio comprendere, prevenire e gestire. Gli studi selezionati sono stati condotti in diverse parti del mondo, tra cui: Australia, Canada, Germania, Iran, Israele, Italia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia e Svizzera. Questi, sono stati pubblicati negli ultimi 6 anni, riflettendo di conseguenza il particolare e attuale riconoscimento ed interesse dei ricercatori verso questa condizione (Shlomi et al., 2016; Abdollahpour et al., 2017; Furuta et al., 2018; NICE, 2018; Chiorino et al., 2019; Abdollahpour et al., 2019; Asadzadeh et al., 2020; Slade et al., 2020; NICE, 2020; Hernández-Martínez et al., 2021; Pourmovahed et al., 2021; Kjerulff et al., 2021; Martini et al., 2022). La ricerca è stata svolta tenendo conto della piramide delle evidenze e per rispondere ai quesiti posti, sono stati selezionati 13 studi, tra i quali: 2 Linee Guida, 1 Revisione Sistemática con Metanalisi, 7 studi RCT, 1 studio prospettico longitudinale, 1 studio prospettico di coorte e 1 studio trasversale.

Al primo quesito di ricerca in merito all'esistenza di **specifici strumenti di screening finalizzati a individuare le pazienti a rischio di PTSD *post-partum***, lo studio di Hernández-Martínez et al. (2021), condotto su una popolazione di 432 donne puerperali, ha dimostrato che, a differenza degli altri tipi di strumenti di valutazione e autovalutazione ampiamente utilizzati per misurare i sintomi del PTSD, il questionario PPQ è l'unico strumento specificamente creato per lo screening delle pazienti a rischio di PTSD *post-partum*. Il suo impiego sul campione studiato ha permesso il riscontro di un

rischio di PTSD (punteggio ≥ 19) dell'11.1%. Il PPQ ha mostrato inoltre, un'adeguata validità convergente in quanto è stata osservata un'associazione tra il rischio di PTSD e variabili quali il rispetto del piano di nascita, il tipo di nascita, il contatto pelle a pelle, la durata della degenza ospedaliera, la riammissione ospedaliera, il ricovero del neonato in Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), l'alimentazione materna alla dimissione, la percezione materna del supporto del partner e il rispetto mostrato dagli operatori sanitari durante il parto e il puerperio. I professionisti sanitari con questo modello di screening possono indirizzare gli sforzi verso la diagnosi precoce e la prevenzione delle conseguenze di un problema prevalente con una tendenza crescente e che ha importanti conseguenze per la salute delle donne e del/i loro figlio/i. Grazie all'identificazione di sette fattori di rischio prenatali, l'RCT di Shlomi et al. (2016) è invece riuscito a creare un proprio questionario predittivo per il PTSD *post-partum* tra le donne con gravidanze complicate, da somministrare durante il periodo *ante-partum*. Nel presente studio, le future mamme che frequentavano le cliniche ambulatoriali ad alto rischio di gravidanza, erano donne con storie ostetriche complesse, condizioni mediche quali malattie renali, cardiovascolari, endocrine, ecc. e complicazioni della gravidanza in corso come rischio di travaglio prematuro, gravidanza multi-fetale, ipertensione indotta dalla gravidanza stessa, diabete gestazionale, ecc. Per tali motivi queste erano più a rischio di sviluppare il disturbo rispetto a coloro che avevano avuto una gravidanza lineare e senza complicanze. Uno svantaggio di questo studio è che la popolazione era limitata ($n = 101$) e a tal proposito, lo strumento dovrebbe essere testato su un campione più grande per avere risultati maggiormente attendibili.

Anche un parto apparentemente non complicato può portare una donna a manifestare sintomi di PTSD. A tal proposito, il primo passo per riconoscere un'esperienza di nascita traumatica, ancora prima di sfruttare gli strumenti di screening a disposizione, è chiedere apertamente a ogni neomamma i sentimenti e pensieri provati circa il loro vissuto del parto.

Per quanto concerne il secondo quesito, riguardo agli **interventi di prevenzione**, gli studi inclusi in questo lavoro di revisione della letteratura hanno confermato l'efficacia di vari interventi psicologici precoci volti a prevenire il disturbo e a trattare i rispettivi sintomi. Ci sono prove sufficienti a sostenere che la CBT e l'EMDR siano gli interventi psicoterapeutici di maggior efficacia per la prevenzione del PTSD *post-partum*. A sostegno di ciò, vi sono la conferma da parte di 3 studi che hanno riportato risultati clinicamente e statisticamente significativi (Abdollahpour et al., 2019; Chiorino et al.,

2019; Furuta *et al.*, 2018) e le raccomandazioni di 2 Linee Guida (NICE, 2018; NICE, 2020). Abdollahpour *et al.* (2019) ha analizzato gli effetti della CBC e del *debriefing* su una coorte di 193 madri, in assenza di malattia mentale e/o assunzione di psicofarmaci prima e durante la gravidanza, che avevano avuto un parto traumatico nelle precedenti 48 ore. Entrambi i tipi di consulenza faccia a faccia sono stati forniti da un'ostetrica ben addestrata, entro le prime 48 ore dopo il parto, per una durata di 40-60 minuti ciascuna. Gli esiti indicano che entrambi i metodi hanno avuto un livello significativo di efficacia, ma anche che la CBC è stata più efficace a breve-lungo termine rispetto al *debriefing*. Questo, infatti, non viene raccomandato dalla Linea Guida NICE (2018), la quale suggerisce che, come trattamento preventivo, è necessario offrire un intervento individuale di CBT. Nell'RCT di Chiorino *et al.* (2019) è stato effettuato il trattamento di EMDR precoce per 90 minuti entro le prime 72 ore dall'esperienza di nascita traumatica per ridurre i sintomi di stress post-traumatico. L'intervento si è dimostrato molto efficace nel ridurre i sintomi del disturbo.

La revisione di Furuta *et al.* (2018), oltre all'EMDR e alla CBT, supporta l'uso anche di altre terapie psicologiche per ridurre i sintomi di PTSD tra cui il compito cognitivo computerizzato "Tetris", la consulenza psicologica, l'allenamento combinato per ridurre l'ansia e la scrittura espressiva. L'utilizzo del *counseling* psicologico viene incoraggiato anche dall'RTC di Asadzadeh *et al.* (2020) fornito però secondo il metodo di Gamble e colleghi, cioè attraverso l'erogazione di una seduta *face to face*, guidata dall'ostetrica, entro le 72 ore successive al parto e l'altra a 4-6 settimane dal parto, ciascuna della durata complessiva di 40-60 minuti. Per l'inclusione nel presente trial, le donne non dovevano avere malattie croniche mentali e/o fisiche e soprattutto non dovevano essere state esposte a un importante evento stressante nell'anno prima alla loro partecipazione.

Anche il contatto pelle a pelle precoce con le nove fasi istintive nella prima ora dalla nascita, sia nei parti normali che in quelli traumatici, può avere un ruolo importante ed efficace nel migliorare la salute mentale delle neomamme e soprattutto nel ridurre lo stress, prevenendo di conseguenza anche il PTSD *post-partum*; questo è stato reso evidente nello studio di Abdollahpour *et al.* (2017), nel quale l'intervento è stato testato su un gruppo di madri (in assenza di malattie mentali e/o assunzione di psicofarmaci) con parto traumatico che avevano dato alla luce un bambino a termine e sano. Un criterio di esclusione del presente studio è stato la necessità di cure intensive per la mamma e /o il neonato. Un altro intervento a scopo preventivo fornito nell'RCT di Slade *et al.* (2020) è stata la distribuzione, alle donne con vissuto di parto traumatico, di materiali di auto-

aiuto, rispettivamente un opuscolo e un film online, che trattavano argomenti circa il disagio, i pensieri spiacevoli ed i *flashback* provati a seguito del trauma da parto, compreso un invito alla discussione con un esperto in merito all'esperienza vissuta e alcuni esercizi da mettere in pratica. Tutte le partecipanti allo studio dovevano aver partorito un bambino vivo e non dovevano presentare malattie mentali; inoltre, in questo caso e a differenza degli altri studi, per l'inclusione nel presente studio era sufficiente un'età ≥ 16 anni. I risultati hanno indicato che un intervento psicoeducativo autodiretto online (film) e cartaceo (opuscolo) non è più efficace delle cure standard nella prevenzione del PTSD; quindi, le strategie di auto-aiuto senza supporto professionale sono insufficienti nel prevenire questo problema (Slade et al., 2020). Malgrado ciò, questi possono trovare utilità nell'informare le donne, sono risultati poco costosi e non hanno provocato effetti collaterali; per di più, vi sono raccomandazioni a supporto del loro utilizzo in presenza di sintomi persistenti ma sottosoglia di stress post-traumatico (NICE, 2020).

In tutti gli studi sopra riportati, le neomamme avevano avuto un'esperienza di parto traumatico, con vissuto oggettivo o soggettivo di tale evento. Invece, nello studio di Pourmovahed et al. (2021), le donne a rischio di PTSD *post-partum* o con diagnosi già dichiarata, erano le mamme di neonati prematuri, senza anomalie, ricoverati in terapia intensiva neonatale. In questo caso è stata utilizzata la tecnica della musicoterapia con riproduzione dei suoni della natura come trattamento preventivo, dimostrando anche in questo caso risultati a favore dell'intervento. Per due settimane, al gruppo sperimentale, durante il turno serale, è stata fatta ascoltare la musica con riproduzione dei suoni della pioggia, del mare, del vento ecc., per 20-30 minuti al giorno, accanto all'incubatrice dei propri neonati. La musicoterapia è piacevole e ampiamente utilizzata in tutte le culture ed età, non dà effetti collaterali e inoltre, ha un basso costo. Essa ha un effetto calmante, riduce la frequenza cardiaca, approfondisce la respirazione, riduce l'ansia e la depressione e soprattutto promuove il legame materno-infantile.

In sintesi, la ricerca ha dimostrato che gli interventi quali la CBT, la CBC e l'EMDR precoce, il *debriefing*, la consulenza secondo Gamble, il contatto pelle a pelle precoce con le nove fasi istintive entro la prima ora dopo la nascita, il gioco per computer "Tetris", l'allenamento combinato per ridurre l'ansia, la scrittura espressiva e la musicoterapia, sono efficaci nel ridurre i sintomi di PTSD nelle donne che hanno avuto un parto traumatico (o che sono state esposte ad altri fattori di rischio). I materiali di auto-aiuto

senza supporto professionale non sono risultati utili nel ridurre l'incidenza del disturbo, anche se, per le neomamme, sono risultati essere validi e interessanti.

In quasi tutti gli studi selezionati la tempistica di intervento ha avuto un grande ruolo nella prevenzione. In un RCT l'intervento è stato somministrato entro la prima ora successiva al parto (Abdollahpour et al., 2017), in un altro, entro le 48 ore dopo la nascita (Abdollahpour et al., 2019) ed in altri due entro le 72 ore successive al parto (Asadzadeh et al., 2020; Chiorino et al., 2019). Negli studi inclusi nella revisione di Furuta et al. (2018), un RCT è spiccato per la sua tempistica nell'aver fornito l'intervento entro le prime 6 ore dopo il parto (Horsch et al., 2017). Questo aveva richiesto alle madri di impegnarsi per 15 minuti, in un gioco per computer ("Tetris"), al fine di evitare il consolidamento dei ricordi traumatici del parto, riponendo l'attenzione su un'attività rilassante.

In risposta al terzo quesito, relativo agli **outcome sulla donna e sul bambino**, i due studi selezionati, hanno fornito una risposta esaustiva in termini di conseguenze specifiche per la madre e il bambino. Nello studio di Martini et al. (2022), le donne con traumatizzazione correlata alla nascita, hanno indicato numerosi esiti avversi materni e infantili: paure legate al bambino, ansia, legame alterato, problemi sessuali e, in caso di ulteriore depressione *post-partum*, i bambini soffrivano più spesso di problemi di alimentazione e sonno. Infine, lo studio di Kjerulff et al. (2021), ha reso noto che il PTSD *post-partum* era associato a livelli più bassi di legame materno-infantile durante il primo anno di vita. Alcuni dei limiti di questa ricerca sono l'ampia eterogeneità tra gli studi inclusi nel tipo di partecipanti allo studio, nell'intervento, nei tempi di valutazione, nell'uso di questionari, nelle scale e nelle misure di esito.

4.2 Implicazioni per la pratica

La combinazione di diversi fattori di rischio che concorrono allo sviluppo di PTSD *post-partum*, come la mancanza di supporto sociale, precedenti disturbi psichiatrici, storia di abusi sessuali così come il taglio cesareo di urgenza o un parto avvenuto tramite estrazione del bambino col forcipe, la paura del parto o del dolore che verrà percepito, dovrebbe sollevare l'allarme per chi si prende cura della donna.

Nonostante la prevalenza di PTSD *post-partum* vari dal 3.1% nella popolazione generale al 15.7% nei gruppi ad alto rischio (Miller et al, 2021), molte delle donne non riceveranno mai una diagnosi in quanto quest'ultimo non è così altamente riconosciuto come lo è la depressione *post-partum*. Altri casi possono essere persi di vista in quanto la mamma ha

avuto un percorso di gravidanza relativamente semplice; perciò, il PTSD non viene nemmeno sospettato. Una giusta attenzione deve essere data anche al fatto che questo disturbo è altamente associato alla depressione *post-partum*, tant'è vero che il 65% delle donne con PTSD correlato al parto ha anche una comorbidità con la depressione *post-partum* (Grisbrook & Letourneau, 2021). A tal proposito, la consapevolezza e la conoscenza di questo problema tra gli operatori sanitari contribuirebbero in modo non indifferente a prevenire, supportare, sostenere e curare le mamme colpite da questo disturbo.

In molte realtà ospedaliere italiane, nell'ambito materno infantile, la figura dell'infermiere collabora con altre figure professionali specifiche che, per propria formazione ed ambito di intervento, rappresentano i riferimenti per la paziente ostetrica. Gli operatori sanitari, in primis la figura dell'ostetrica e dell'infermiere, con responsabilità come la protezione e la promozione della salute della madre e del bambino, hanno un ruolo importante nel periodo *pre-partum* e *post-partum*. Queste due figure hanno il dovere di: monitorare i parametri vitali della madre, valutare il sanguinamento vaginale, il tono uterino, la regione di incisione/perineo e l'allattamento al seno; inoltre, eseguono un esame fisico del neonato e rilevano deviazioni dal normale in tutte queste procedure. Oltre all'esame fisico, un altro importante intervento è la valutazione emotiva della paziente (Durgun & Ulaş, 2022). Al di là delle procedure di routine, l'infermiere coinvolto nel processo di cura della neomamma deve saper identificare i fattori di rischio ed i sintomi precursori del PTSD *post-partum* (sia prima della nascita che dopo il parto) al fine di cogliere le situazioni di suscettibilità che possono portare allo sviluppo di questo disturbo, avvalendosi anche degli strumenti necessari e qualora si rendesse inevitabile, attuare prontamente gli interventi dovuti. Tutto ciò è essenziale per proteggere la salute mentale della diade madre-bambino a breve e medio-lungo termine. La World Health Organization (WHO, 2022) definisce un'esperienza postnatale positiva quella in cui un sistema sanitario flessibile e dotato di risorse riconosce i bisogni delle donne, le informa, le rassicura e le supporta in modo coerente. Questo può essere offerto se le figure professionali di base, in particolare le ostetriche e gli infermieri responsabili della gravidanza e dei follow-up *post-partum*, hanno la consapevolezza dell'esistenza di questo problema che viene oggi negato e/o trascurato.

Da un confronto con figure professionali ostetriche è emerso che molte di loro non sono a conoscenza dell'esistenza di questo disturbo; altre, hanno affermato di averne sentito parlare ma di non avere sufficienti informazioni al riguardo. È stato anche dichiarato

l'inutilizzo di scale di valutazione che misurano il trauma da parto o il rischio di andare incontro al PTSD *post-partum*. Nella realtà odierna, tutta l'attenzione viene posta sulla più nota depressione *post-partum*, poco spazio viene invece riservato al vissuto fisico ed emotivo del parto che, come già ribadito, quando percepito come traumatico, può dare vita al PTSD.

Rispetto all'ostetrica, la figura dell'infermiere è presente in tantissimi altri contesti in cui può trovarsi ad affrontare mamme con questo problema. Alcuni esempi di questi setting possono essere il consultorio, gli ambulatori per le gravidanze ad alto rischio e quelli di assistenza post-natale, i servizi di assistenza domiciliare, le Unità di Terapia Intensiva Neonatale dove i professionisti sanitari prendono in carico non solo il neonato ma anche tutto il suo nucleo familiare, in primis la mamma, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e altri ancora. Possedere perciò le adeguate informazioni circa l'origine, la prevenzione, i trattamenti, le conseguenze ad esso associati è indispensabile per poter prendersi cura della donna colpita. Alla luce di quanto emerso da questa ricerca bibliografica di letteratura, il questionario PPQ dovrebbe essere incorporato nella cura della salute mentale materna di routine, al fine di aiutare i professionisti nell'identificazione delle donne ad alto rischio di sviluppare questo disturbo e attuare tempestivamente gli interventi preventivi, aumentando così la loro efficacia. La natura specifica degli items che esso tratta, relativi alla nascita, lo rende adatto ad un suo utilizzo nei reparti di Ostetricia e negli ambienti di follow-up *post-partum*, possedendo un'alta validità perinatale. Questo potrebbe essere introdotto come strumento da utilizzare soprattutto nelle donne che hanno avuto un parto complicato dal punto di vista ostetrico che, di conseguenza hanno maggiori probabilità di aver vissuto il parto come traumatico ed in coloro che manifestano sintomi, anche sottosoglia, di stress post-traumatico. Il PPQ potrebbe essere utile da usare anche nelle neomamme con traumi legati a gravi problemi di salute riscontrati dopo il parto riferiti a sé stesse o al neonato, come ad esempio, il ricovero del proprio bambino nell'Unità di Terapia Intensiva o la morte neonatale.

Il più delle volte i sintomi a seguito di un trauma scompaiono col tempo, tuttavia in altri casi possono peggiorare, rendendo di conseguenza più complicato il trattamento; ragione per cui un intervento precoce, tempestivo a basso costo e soprattutto che richiede solo pochi minuti per la sua compilazione, potrebbe possedere i requisiti giusti per evitare e prevenire i danni.

4.3 Implicazioni per la ricerca

La ricerca futura dovrebbe indagare il modo migliore per formare gli operatori sanitari in merito a tale argomento, al fine di facilitare la prevenzione, il riconoscimento, il trattamento ed evitare i disagi che questo disturbo comporta. Ulteriori ricerche dovrebbero inoltre concentrarsi nello sviluppo Linee Guida con un contenuto di interventi preventivi specifici per il PTSD *post-partum*, seguendo l'esempio della più comune depressione *post-partum*. Inoltre, questa revisione della letteratura potrebbe configurare un punto di partenza per una ricerca qualitativa volta a mappare la percezione ed il vissuto delle donne, vittime di complicanze durante il travaglio, come un parto cesareo di emergenza o estrazione del bambino col forcipe.

4.4 Punti di forza e di debolezza

Gli studi selezionati presentano vari punti di forza. Innanzitutto, sono tutti studi molto recenti. Alcuni di loro sono stati condotti in Italia, il che potrebbe permettere di fare inferenze nel sistema sanitario nazionale. La maggioranza degli interventi studiati presentano una similitudine comune in quanto molti sono stati somministrati entro 72 ore dal parto. Questo elemento può spiegare l'efficacia di questi primi interventi psicologici, in quanto può essere, teoricamente importante, ribadire che i ricordi sono malleabili nella rete di memoria nei momenti immediatamente successivi all'esposizione al trauma.

Gli studi di questa ricerca presentano, anche, diversi limiti; in primo luogo, è stata riscontrata un'ampia eterogeneità tra gli studi inclusi nel tipo di partecipanti allo studio, nell'intervento, nei tempi di valutazione, nell'uso di questionari, nelle scale e nelle misure di esito. Questo è anche attribuito alla quantità limitata di studi disponibili che hanno il potenziale di fornire risposte agli interrogativi preposti. In secondo luogo, molte delle interviste di follow-up sono state eseguite telefonicamente e questo potrebbe aver comportato errori nella valutazione delle pazienti.

Nonostante la poca notorietà dell'argomento anche a livello della letteratura internazionale, soprattutto in merito alla prevenzione, si sono comunque potute selezionare 2 Linee Guida e 1 Revisione con Metanalisi, materiali di alta qualità delle evidenze, che hanno fornito informazioni preziose. Anche gli altri studi selezionati, di modesta qualità delle evidenze (RCT, studi di coorte e trasversali) hanno fornito risposte esaustive. Ciò escluso, è un argomento meritevole di ulteriori approfondimenti per poter essere meglio accolto, compreso e approfondito.

4.5 Conclusioni

Data la prevalenza, non poco rilevante, del PTSD *post-partum* e le conseguenze che comporta, le misure di prevenzione necessarie sono risultate essere di grande valore. La prima strategia per poter fare questo sarebbe il riconoscimento e la presa in considerazione di questo problema. Dalla ricerca della letteratura, si è potuto constatare che il PPQ è un valido strumento per lo screening delle donne a rischio di PTSD *post-partum*. Gli interventi di prevenzione precoce, come la CBT, l'EMDR e altre terapie psicologiche sono risultati alquanto efficaci. Questi, sono utili anche per evitare le conseguenze per la mamma e il bambino. Lo sviluppo di PTSD in relazione a un evento solitamente previsto e/o programmato, come il parto, offre la possibilità ai sanitari di identificare precocemente le donne con un potenziale rischio di andarvi incontro e di fornire gli opportuni interventi. Nonostante la gioia che nella maggioranza dei casi il parto porta con sé, per definizione, esso è un'esperienza altamente dolorosa e stressante, ragion per cui, a tutte le donne dovrebbe essere offerta la possibilità di esprimere il loro vissuto, rendendo più semplice, anche per i professionisti, l'identificazione di un eventuale stress post-traumatico.

BIBLIOGRAFIA

Abdollahpour, S., Bolbolhaghghi, N., & Khosravi, A. (2017). The effect of early skin-to-skin contact on the mental health of mothers in traumatic childbirths. *International Journal of Health Studies*, 2(4).

Abdollahpour, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Keramat, A., & Mousavi, S. A. (2019). Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial. *Community mental health journal*, 55(7), 1173–1178.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amer Psychiatric Pub Inc.

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272.

Angelini, C. R., Pacagnella, R. C., Parpinelli, M. A., Silveira, C., Andreucci, C. B., Ferreira, E. C., Santos, J. P., Zanardi, D. M., Souza, R. T., & Cecatti, J. G. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association?. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 73, e309.

Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., & Taremian, F. (2020). Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 142.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121–1134.

Bayri Bingol, F., & Demirgoz Bal, M. (2020). The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspectives in psychiatric care*, 56(4), 851–857.

Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S., & Fernandez, I. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & health*, 35(7), 795–810.

Colombo, G. (2008). *Elementi di Psichiatria*. Padova: CLEUP SC. Schrader C & Ross A.

Cominski, T. P., Jiao, X., Catuzzi, J. E., Stewart, A. L., & Pang, K. C. (2014). The role of the hippocampus in avoidance learning and anxiety vulnerability. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 273.

Dazzan, P., Biaggi, A., Hazelgrove, K., Pariante, C.M., Jairaj, C., Seneviratne, G. (2022). Postpartum (Puerperal) Psychosis: Risk Factors, Diagnosis, Management and Treatment. In: Colizzi, M., Ruggeri, M. (eds) *Prevention in Mental Health*. Springer, Cham.

Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in psychology*, 8, 560.

Di Blasio, P., Miragoli, S., Camisasca, E., Di Vita, A. M., Pizzo, R., & Pipitone, L. (2015). Emotional Distress Following Childbirth: An Intervention to Buffer Depressive and PTSD Symptoms. *Europe's journal of psychology*, 11(2), 214–232.

Durgun, S. K., & Ulaş, S. C. (2022). Knowledge and Practices of Primary Health Care Professionals on Maternal Blues. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-16.

Furuta, M., Horsch, A., Ng, E., Bick, D., Spain, D., & Sin, J. (2018). Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 9, 591.

Gankanda, W. I., Gunathilake, I., Kahawala, N. L., & Ranaweera, A. (2021). Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of Srilankan *post-partum* mothers: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 626.

Gerli, S., Fraternali, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., Bini, V., Giardina, I., Moretti, P., & Favilli, A. (2021). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(8), 1227–1232.

Grisbrook, M. A., & Letourneau, N. (2021). Improving maternal postpartum mental health screening guidelines requires assessment of post-traumatic stress disorder. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 112(2), 240–243.

Gupta M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 25(1), 86–99.

Halperin, O., Sarid, O., & Cwikel, J. (2015). The influence of childbirth experiences on women's postpartum traumatic stress symptoms: A comparison between Israeli Jewish and Arab women. *Midwifery*, 31(6), 625–632.

Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International journal of nursing studies*, 102, 103490.

Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Khan, K. S., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period. *Scientific reports*, *11*(1), 5567.

Horsch, A., Vial, Y., Favrod, C., Harari, M. M., Blackwell, S. E., Watson, P., Iyadurai, L., Bonsall, M. B., & Holmes, E. A. (2017). Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*, *94*, 36–47.

Kamperman, A. M., Veldman-Hoek, M. J., Wesseloo, R., Robertson Blackmore, E., & Bergink, V. (2017). Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar disorders*, *19*(6), 450–457.

Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Sznajder, K. K., & Brubaker, L. H. (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *Journal of psychosomatic research*, *144*, 110424.

Koenigs, M., & Grafman, J. (2009). Posttraumatic stress disorder: the role of medial prefrontal cortex and amygdala. *The Neuroscientist : a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry*, *15*(5), 540–548.

Lopez, U., Meyer, M., Loures, V., Iselin-Chaves, I., Epiney, M., Kern, C., & Haller, G. (2017). Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health and quality of life outcomes*, *15*(1), 118.

Martini, J., Asselmann, E., Weidner, K., Knappe, S., Rosendahl, J., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prospective Associations of Lifetime Post-traumatic Stress Disorder and Birth-Related Traumatization With Maternal and Infant Outcomes. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 842410.

Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021). Phenomenology, epidemiology and Aetiology of postpartum psychosis: A review. *Brain Sciences*, 11(1), 47.

Pourmovahed, Z., Yassini Ardekani, S. M., Roozbeh, B., & Ezabad, A. R. (2021). The Effect of Non-verbal Music on Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Premature Neonates. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 26(2), 150–153.

Schrader, C., & Ross, A. (2021). A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Missouri medicine*, 118(6), 546–551.

Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of women's mental health*, 19(3), 483–490.

Slade, P., West, H., Thomson, G., Lane, S., Spiby, H., Edwards, R. T., Charles, J. M., Garrett, C., Flanagan, B., Treadwell, M., Hayden, E., & Weeks, A. (2020). STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 127(7), 886–896.

Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J., Miller, P. W., Farrell, D. P., Slater, P. F., Shapiro, E., & Klaus, P. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(11), e0258170.

van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J., & Stramrood, C. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in psychiatry*, 9, 348.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of psychosomatic research*, 73(4), 257–263.

Yeaton-Massey, A., & Herrero, T. (2019). Recognizing maternal mental health disorders: beyond postpartum depression. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 31(2), 116–119.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634–645.

SITOGRAFIA

American Psychiatric Association (2020). *What is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?* Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Retrieved from: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf>

Institutional Research Information System - Archivio Istituzionale della Ricerca (2007). *PTSD Disordine da Stress Post-Traumatico nel puerperio: risultati di una indagine conoscitiva su 46 madri presso l'Istituto Ostetrico-Ginecologico Luigi Mangiagalli di Milano*. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/2434/54045>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/search?q=Post-traumatic+stress+disorder>

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*.



Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/search?q=Antenatal+and+postnatal+mental+health%3a+clinical+management+and+service+guidance>



National Institute of Mental Health. (2019). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Retrieved from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd#part_145370

National Institute of Mental Health. (2020). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Retrieved from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

World Health Organization (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Allegato 1 – Tabella di selezione degli studi

Banche dati	Stringa di ricerca	N° documenti trovati	N° documenti selezionati	Bibliografia Link
 <p>Ultimo accesso 01/11/22</p>	<i>Antenatal AND postnatal mental health</i>	69	1	National Institute for Health and Care Excellence. (2020). <i>Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance</i> . Retrieved from https://www.nice.org.uk/search?q=Antenatal+and+postnatal+mental+health%3a+clinical+management+and+service+guidance
	<i>Post-traumatic stress disorder</i>	77	1	National Institute for Health and Care Excellence. (2018). <i>Post-traumatic stress disorder</i> . Retrieved from https://www.nice.org.uk/search?q=Post-traumatic+stress+disorder
 <p>Ultimo accesso 01/11/22</p>	<i>Prevent post-traumatic stress disorder following childbirth</i>	16	1	Slade, P., West, H., Thomson, G., Lane, S., Spiby, H., Edwards, R. T., Charles, J. M., Garrett, C., Flanagan, B., Treadwell, M., Hayden, E., & Weeks, A. (2020). STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. <i>BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology</i> , 127(7), 886–896. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16163
	<i>Posttraumatic stress disorder post-partum AND early intervention</i>	5	0	/

 Ultimo accesso 01/11/22	<i>CBT AND debriefing to prevent PTSD post-partum</i>	54	1	Abdollahpour, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Keramat, A., & Mousavi, S. A. (2019). Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial. <i>Community mental health journal</i> , 55(7), 1173–1178. https://doi.org/10.1007/s10597-019-00424-6
APA PsycInfo® Ultimo accesso 17/10/22	<i>Early intervention to prevent post-partum post-traumatic stress disorder</i>	6	0	/
 Ultimo accesso 01/11/22	<i>Prediction postpartum PTSD</i>	53	1	Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. <i>Archives of women's mental health</i> , 19(3), 483–490. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0582-4
	<i>Early intervention to prevent post-partum post-traumatic stress disorder</i>	75	1	Abdollahpour, S., Bolbolhaghghi, N., & Khosravi, A. (2017). The effect of early skin-to-skin contact on the mental health of mothers in traumatic childbirths. <i>International Journal of Health Studies</i> , 2(4). https://ijhs.shmu.ac.ir/index.php/ijhs/article/view/147
	<i>Postpartum posttraumatic stress disorder (PTSD) AND cognitive therapy</i>	8	1	Furuta, M., Horsch, A., Ng, E., Bick, D., Spain, D., & Sin, J. (2018). Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 9, 591. https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00591



Ultimo accesso

01/11/22

<i>Posttraumatic stress disorders after a traumatic birth</i>	67	3	<p>Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., & Taremian, F. (2020). Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. <i>BMC pregnancy and childbirth</i>, 20(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1</p> <p>Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S., & Fernandez, I. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. <i>Psychology & health</i>, 35(7), 795–810. https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699088</p> <p>Pourmovahed, Z., Yassini Ardekani, S. M., Roozbeh, B., & Ezabad, A. R. (2021). The Effect of Non-verbal Music on Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Premature Neonates. <i>Iranian journal of nursing and midwifery research</i>, 26(2), 150–153. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_37_20</p>
<i>Posttraumatic stress disorder post-partum AND outcomes</i>	51	1	<p>Martini, J., Asselmann, E., Weidner, K., Knappe, S., Rosendahl, J., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prospective Associations of Lifetime Post-traumatic Stress Disorder and Birth-Related Traumatization With Maternal and Infant Outcomes. <i>Frontiers in psychiatry</i>, 13, 842410. https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.842410</p>
<i>Maternal-infant bonding AND post-traumatic stress disorder</i>	3	1	<p>Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Sznajder, K. K., & Brubaker, L. H. (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. <i>Journal of psychosomatic research</i>, 144, 110424. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110424</p>

	<i>Questionnaire screening PTSD post-partum</i>	27	1	Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Khan, K. S., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period. <i>Scientific reports</i> , 11(1), 5567. https://doi.org/10.1038/s41598-021-85144-2
--	---	----	---	--

Allegato 2 – Tabella di presentazione degli studi selezionati

Titolo, autore, anno	<p>“Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance” National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Anno di pubblicazione: 2014 - Ultimo aggiornamento: 11 febbraio 2020</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Linea Guida Obiettivo: fornire raccomandazioni al fine di riconoscere, valutare, assistere e trattare i problemi di salute mentale nelle donne durante la gravidanza o in coloro che la stanno pianificando e nel periodo postnatale. La Linea Guida tratta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i disturbi d'ansia, tra cui il Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) <i>post-partum</i> • la depressione • i disturbi alimentari, da uso di droghe e alcol • le malattie mentali gravi (psicosi, disturbo bipolare, schizofrenia e depressione grave)
Popolazione	<p>Questa Linea Guida è indirizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • operatori sanitari • commissari • servizi sociali • volontariato e settore privato • donne che hanno, o che sono a rischio di disturbi di salute mentale durante la gravidanza e il periodo postnatale e i loro partner, famiglie e caregiver
Raccomandazioni	<p>CONSIDERAZIONI PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE Discutere con tutte le donne in età fertile che hanno un problema di salute mentale nuovo, esistente o pregresso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • come la gravidanza e il parto possono influire su un problema di salute mentale, compreso il rischio di ricaduta • come un problema di salute mentale e il suo trattamento possono influenzare la donna, il bambino e la genitorialità <p>RICONOSCERE I PROBLEMI DI SALUTE MENTALE IN GRAVIDANZA E NEL PERIODO POSTNATALE E FARE RIFERIMENTO AD ESSI Depressione e Disturbi d'Ansia Riconoscere che la gamma e la prevalenza dei disturbi d'ansia (tra cui il <u>PTSD</u>) e la depressione sono molto diffuse e poco riconosciute durante la gravidanza e il periodo postnatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • se una donna ottiene un punteggio < 3 nella scala <i>Generalized Anxiety Disorder 2-item</i> (GAD-2), ma si teme ancora che possa avere un disturbo d'ansia, porre la seguente domanda: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Vi capita di evitare luoghi o attività e questo vi crea problemi?” • se risponde positivamente, considerare:

- utilizzo della scala GAD-7 per un'ulteriore valutazione o indirizzare la donna al proprio medico di famiglia

TRATTAMENTO DI SPECIFICI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE IN GRAVIDANZA E NEL PERIODO POSTNATALE

Interventi per i disturbi d'ansia

- per le donne che soffrono di tocofobia (una paura estrema del parto), offrire l'opportunità di discutere le proprie paure con un operatore sanitario esperto nel fornire supporto alla salute mentale perinatale
- per una donna con sintomi persistenti di ansia sottosoglia in gravidanza o nel periodo postnatale, è opportuno utilizzare materiali di auto-aiuto basati sulla terapia cognitivo comportamentale (CBT) per un periodo compreso tra 2 e 3 mesi con supporto (faccia a faccia o per telefono) per un totale di 2 o 3 ore in 6 sessioni
- per una donna con un disturbo d'ansia in gravidanza o nel periodo postnatale, offrire un intervento psicologico a bassa intensità (per esempio, auto-aiuto facilitato) o un intervento psicologico ad alta intensità (per esempio, CBT) come trattamento iniziale per lo specifico problema di salute mentale ed essere consapevoli che:
 - solo gli interventi psicologici ad alta intensità sono raccomandati per il PTSD

CONSIDERAZIONI PER LE DONNE E I LORO BAMBINI NEL PERIODO POSTNATALE

Nascita traumatica, parto morto e aborto spontaneo

- offrire consulenza e sostegno alle donne che hanno avuto un parto o un aborto traumatico e desiderano parlare della loro esperienza
- offrire alle donne che soffrono di PTSD, causato da un parto traumatico, da un aborto spontaneo, da un parto morto o da una morte neonatale, un intervento psicologico ad alta intensità (CBT focalizzata sul trauma o EMDR)
- non offrire alle donne che hanno avuto un parto traumatico interventi psicologici ad alta intensità in una sola seduta con un focus esplicito sul "rivivere" il trauma.

Il rapporto madre-neonato

- riconoscere che alcune donne con problemi di salute mentale possono incontrare difficoltà nella relazione madre-neonato. Valutare la natura di questa relazione, compresa l'interazione verbale, la sensibilità emotiva e l'assistenza fisica, in tutti i contatti postnatali. Discutere qualsiasi preoccupazione della donna riguardo al rapporto con il bambino e fornire informazioni e cure per il problema di salute mentale.

Titolo, autore, anno	<p>“Post-traumatic stress disorder - NICE guideline” National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Anno di pubblicazione: 2018</p>
-----------------------------	--

Disegno dello studio e obiettivi	<p>Linea Guida</p> <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • migliorare la qualità di vita riducendo i sintomi di PTSD come ansia, problemi di sonno e difficoltà di concentrazione • aumentare la consapevolezza della condizione • migliorare il coordinamento delle cure
Popolazione	<p>Questa Linea Guida è indirizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persone a rischio o colpite dal PTSD (incluso PTSD complesso), comprese le loro famiglie, le collaboratrici familiari e il pubblico • operatori sanitari • altri professionisti che lavorano con persone a rischio o che hanno PTSD, anche nei servizi di giustizia penale e istruzione e nelle organizzazioni non governative • commissari e fornitori, compresi i direttori della sanità pubblica, i gestori fiduciari del Servizio Sanitario Nazionale e i dirigenti dei gruppi di commissione clinica
Raccomandazioni	<p>RICONOSCIMENTO DEL PTSD</p> <ul style="list-style-type: none"> • essere consapevoli degli eventi traumatici associati allo sviluppo del PTSD. Questi possono essere l'esperienza o la testimonianza di eventi singoli, ripetuti o multipli e possono includere anche: <ul style="list-style-type: none"> ○ traumi legati a gravi problemi di salute o esperienze di parto (ad es., ricovero in terapia intensiva o morte neonatale) <p>MONITORAGGIO ATTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • considerare il monitoraggio attivo per le persone con sintomi di PTSD sottosoglia entro 1 mese da un evento traumatico • organizzare un contatto di follow-up entro 1 mese <p>DEBRIEFING PSICOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • non offrire interventi di <i>debriefing</i> psicologico per la prevenzione o il trattamento del PTSD <p>INTERVENTI PSICOLOGICI PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DEL PTSD NEGLI ADULTI</p> <p>Prevenzione per gli adulti</p> <ul style="list-style-type: none"> • offrire un intervento individuale di CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale) incentrato sul trauma agli adulti che presentano PTSD o sintomi clinicamente importanti e che sono stati esposti a uno o più eventi traumatici nell'ultimo mese. Questi interventi comprendono: <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia di Elaborazione Cognitiva ○ Terapia Cognitiva per il PTSD ○ Terapia di Esposizione Narrativa ○ Terapia di Esposizione Prolungata <p>Trattamento per gli adulti</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • offrire un intervento CBT individuale incentrato sul trauma a adulti con una diagnosi di PTSD o sintomi clinicamente importanti che si sono presentati per più di un mese dopo un evento traumatico. Questi interventi sono gli stessi usati per la prevenzione • considerare l'EMDR per gli adulti con una diagnosi di PTSD o sintomi clinicamente importanti di PTSD che si sono presentati tra 1 e 3 mesi dopo un trauma non legato alla guerra se la persona ha una preferenza per l'EMDR <p>ASSISTENZA ALLE PERSONE CON PTSD E BISOGNI COMPLESSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • per le persone che presentano PTSD e depressione: <ul style="list-style-type: none"> ○ trattare prima il PTSD perché la depressione spesso migliora con il successo del trattamento del PTSD ○ trattare prima la depressione se è abbastanza grave da rendere difficile il trattamento psicologico del PTSD o se c'è il rischio che la persona faccia del male a sé o ad altri • per le persone con esigenze aggiuntive: <ul style="list-style-type: none"> ○ prevedere un tempo supplementare per sviluppare la fiducia con la persona, aumentando la durata o il numero di sessioni di terapia in base alle sue esigenze ○ aiutare la persona a gestire eventuali problemi che potrebbero ostacolare l'impegno nelle terapie incentrate sul trauma, come l'abuso di sostanze, la dissociazione, la disregolazione emotiva, le difficoltà interpersonali o la percezione negativa del sé ○ lavorare con la persona per pianificare il supporto continuo di cui avrà bisogno dopo la fine del trattamento, ad esempio per gestire eventuali sintomi residui di PTSD o comorbidità
--	---

Titolo, autore, anno	<p>“Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis” Marie Furuta, Antje Horsch, Edmond S W Ng, Debra Bick, Debbie Spain & Jacqueline Sin 2018</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: Revisione Sistemica con Metanalisi Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sintetizzare le prove sull'efficacia degli interventi psicologici incentrati sul trauma (TFPT) per le donne dopo il parto • stabilire quale intervento sia più efficace
Setting e popolazione	<p>Setting: è stata eseguita una ricerca di articoli pubblicati tra il 1° gennaio 1990 e il 27 settembre 2017 nei seguenti database:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) • MEDLINE • PsycINFO

	<ul style="list-style-type: none"> • OpenGrey <p>Sono stati selezionati 11 studi che hanno incluso 2677 donne postnatali. Questi sono stati condotti nei seguenti paesi: Italia ($n = 3$), Svezia ($n = 2$), Svizzera ($n = 2$), Australia ($n = 1$), Canada ($n = 1$), Iran ($n = 1$) e Stati Uniti ($n = 1$).</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne dopo il parto • donne di qualsiasi età, nazionalità e modalità di nascita • donne che hanno avuto un parto semplice (gruppo a basso rischio di PTSD) o con complicanze ad es. parto pretermine (gruppo ad alto rischio di PTSD) <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • studi che reclutavano solo donne che avevano subito la perdita di gravidanza prima di raggiungere la 20° settimana gestazionale (ad es. aborto spontaneo)
Metodo	<p>Sono stati esaminati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 Trials Controllati Randomizzati (RCT) • 1 serie di casi <p>Di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 studi hanno analizzato le donne che avevano avuto un parto normale, senza complicanze (gruppo a basso rischio) • 7 studi hanno analizzato le donne che avevano avuto un'esperienza di nascita complicata o traumatica (gruppo ad alto rischio) quali parto cesareo di emergenza, parto pretermine ed esperienza di parto di un neonato morto <p>Tutti gli studi riportavano sintomi di stress post-traumatico sia per i gruppi di intervento che di controllo</p>
Risultati	<p>Gli interventi psicologici incentrati sul trauma (TFPT) sono efficaci per ridurre i sintomi del PTSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a breve termine (fino a 3 mesi dopo il parto [4 RCT; $n = 301$; SMD = -0.50; IC 95% = da -0.73 a -0.27]) • a medio termine (3-6 mesi dopo il parto [2 RCT; $n = 174$; SMD = -1.87; IC 95% = da -2.60 a -1.13]) • non è chiaro quale intervento sia il più efficace
Titolo, autore, anno	<p>“A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies” Inbal Shlomi Polachek, Mordechai Dulitzky, Lilia Margolis-Dorfman & Michal J. Simchen 2016</p>

Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: RCT</p> <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esaminare la prevalenza del PTSD <i>post-partum</i>, completo e parziale, tra le donne con gravidanze complicate (ad alto rischio) • identificare possibili fattori di rischio <i>ante-partum</i> per lo sviluppo di tale disturbo • creare uno strumento di screening per le popolazioni ad alto rischio di sviluppare PTSD <i>post-partum</i>, basato sui fattori di rischio <i>ante-partum</i>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato svolto tra il 1° gennaio 2013 e il 1° febbraio 2014 nelle cliniche ambulatoriali ad alto rischio di gravidanza presso lo Sheba Medical Center (Israele).</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne incinte che frequentavano le cliniche ambulatoriali ad alto rischio di gravidanza <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presenza di barriere linguistiche • impossibilità di essere contattati telefonicamente 1 mese dopo
Metodo	<ul style="list-style-type: none"> • 1° fase: reclutamento di 105 partecipanti e somministrazione del questionario sui dati sociodemografici e clinici e della Scala di Depressione Postnatale di Edimburgo (EPDS) durante i controlli ambulatoriali <i>ante-partum</i> • 2° fase: follow-up telefonico a 1 mese dal parto, condotto su 101 donne suddivise in tre gruppi in base ai sintomi emersi dopo la somministrazione delle scale EPDS e PDS (scala diagnostica dello stress post-traumatico): gruppo PTSD, PTSD parziale e gruppo non PTSD
Risultati	<p>I risultati vengono presentati per le 101 donne che hanno completato entrambe le fasi dello studio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevalenza: PTSD <i>post-partum</i> completo = 9.9 % ($n = 10$) e PTSD parziale = 11.9 % ($n = 12$) • fattori di rischio: tristezza o ansia vissuti durante la gravidanza o il parto antecedente ($p = 0.09$), precedenti esperienze di parto complicato ($p = 0.18$), preferenza per il taglio cesareo nel parto futuro ($p = 0.03$), crisi emotive durante la gravidanza attuale ($p = 0.03$), intensa paura del parto ($p = 0.01$), aspettativa di forti dolori durante il parto ($p = 0.02$) e EPDS > 10 • creato strumento di screening per le donne ad alto rischio di PTSD <i>post-partum</i>

Titolo, autore, anno	<p>“The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth”</p> <p>Valentina Chiorino, Maria Caterina Cattaneo, Elena A Macchi, Roberta Salerno, Sara Roveraro, Giorgia G Bertolucci, Fabio Mosca, Monica Fumagalli, Ivan Cortinovis, Sara Carletto & Isabel Fernandez</p> <p>2019</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: RCT</p>

	<p>Obiettivo: studiare l'efficacia dell'EMDR precoce nel ridurre i sintomi di stress post-traumatico nelle donne a seguito di un parto traumatico rispetto alla consulenza psicologica di supporto</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto tra giugno 2015 e gennaio 2018, nel reparto di maternità dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (Italia).</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • parto traumatico nelle ore precedenti (esperienze traumatiche oggettive e/o soggettive) • punteggio ≥ 24 sulla <i>Impact of Event Scale-Revised</i> (IES-R) • età ≥ 18 anni • conoscenza della lingua italiana • capacità giuridica di acconsentire al trattamento <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bambino ricoverato in un'unità di cura speciale per neonati o Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) o con una condizione medica grave e instabile • parto morto o un decesso perinatale • presenza di altri disturbi psichiatrici quali psicosi, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore, disturbi della personalità, abuso di alcol o droghe, o una precedente diagnosi di PTSD • presenza di disabilità intellettiva
Metodo	<ul style="list-style-type: none"> • reclutamento delle partecipanti con esperienza soggettiva/oggettiva di parto traumatico e punteggio ≥ 24 della <i>Impact of Event Scale-Revised</i> (IES-R) • randomizzazione delle 37 neomamme in due gruppi di intervento: <ul style="list-style-type: none"> ○ gruppo EMDR ($n = 19$): 90 minuti di trattamento EMDR, somministrato entro le prime 72 ore dopo l'esperienza di nascita traumatica ○ gruppo di controllo ($n = 18$): 90 minuti di consulenza psicologica di supporto standard, somministrata entro le prime 72 ore dopo l'esperienza di nascita traumatica • follow-up telefonico a 6 e 12 settimane <p>Tutte le partecipanti hanno completato l'IES-R prima del trattamento, 6 e 12 settimane dopo il parto.</p>
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> • efficacia maggiore dell'EMDR rispetto alla consulenza psicologica di supporto nel ridurre la percentuale di donne con sintomi di stress <i>post-partum</i> a 6 settimane (78.9% EMDR vs 39.9% controllo; $p = 0.02$). • significativa differenza nei sintomi complessivi di PTSD (misurati con la IES-R) a favore dell'intervento 6 ($p = 0.04$) e 12 settimane dopo il parto ($p = 0.03$) • riduzione dei <i>flashback</i> a 12 settimane di follow-up ($p = 0.042$)

Titolo, autore, anno	<p>“STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth”</p> <p>P. Slade, H. West, G. Thomson, S. Lane, H. Spiby, R. T. Edwards, J. M. Charles, C. Garrett, B. Flanagan, M. Treadwell, E. Hayden & A. Weeks</p> <p>2020</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno di studio: RCT</p> <p>Obiettivo: verificare se fornire materiali di auto-aiuto psicologico ridurrebbe significativamente l'incidenza del PTSD a 6-12 settimane a seguito del parto</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: il reclutamento è stato fatto da maggio 2017 a settembre 2018 in due ospedali del Regno Unito.</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne con età ≥ 16 anni • nascita di un bambino nato vivo • adeguata conoscenza della lingua inglese <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricevere cure da altri servizi specializzati (salute mentale perinatale, assistenza sociale...)
Metodo	<p>Lo studio è stato svolto nelle seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reclutamento di 678 donne positive allo screening di parto traumatico e randomizzazione in due gruppi: <ul style="list-style-type: none"> ○ gruppo di intervento ($n = 336$): ha ricevuto le cure abituali e materiali di auto-aiuto (opuscolo e film online) progettati per prevenire il PTSD <i>post-partum</i> ○ gruppo di controllo ($n = 342$): ha ricevuto le sole cure abituali • follow-up a 6 e 12 settimane: intervista per uso dei materiali e somministrazione della <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> (CAPS-5); perdita di 93 partecipanti del gruppo di intervento e 98 del gruppo di controllo
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> • la percentuale di donne con PTSD diagnostico o sub-diagnostico non differiva tra il gruppo di intervento (26.7%, rispettivamente 65/243) e di controllo (26.2%, rispettivamente 64/244). • l'analisi intention-to-treat degli autori (RR = 1.02; IC 95% = 0.68 - 1.53; $p = 0.92$) era coerente con l'analisi per protocollo, che escludeva le donne randomizzate erroneamente nei diversi gruppi (RR = 1.04; IC 95% = 0.85 - 1.27).

Titolo, autore, anno	<p>“Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial”</p> <p>Leila Asadzadeh, Elham Jafari, Roghieh Kharaghani & Farhad Taremian</p> <p>2020</p>
-----------------------------	---

Disegno dello studio e obiettivi	Disegno di studio: RCT Obiettivi: verificare se nelle donne <i>post-partum</i> che manifestano sintomi di PTSD, due sessioni di consulenza, una entro le 72 successive al parto e l'altra dopo le 4-6 settimane <i>post-partum</i> possono ridurre i sintomi di tale condizione tra un gruppo di donne che hanno avuto un parto traumatico.
Setting e popolazione	Setting: lo studio è stato svolto tra settembre e novembre 2017, in tre cliniche prenatali della città di Zanzan (Iran). Criteri di inclusione: <ul style="list-style-type: none"> • donne dai 18 ai 35 anni • capacità di leggere e parlare il persiano • gravidanza all'ultimo trimestre • avere un singolo embrione Criteri di esclusione: <ul style="list-style-type: none"> • punteggio ≥ 10 sulla scala EPDS • storia di aborto e infertilità • presenza di malattie croniche mentali o fisiche • assunzione di farmaci che causano sintomi di depressione • storia di depressione <i>post-partum</i> nei parenti di primo grado • esperienza di un evento stressante importante durante l'anno passato
Metodo	Lo studio è stato condotto in doppio cieco (per i valutatori e l'analizzatore dei dati) seguendo le fasi di seguito riportate: <ul style="list-style-type: none"> • reclutamento, prima del parto, di 270 donne incinte e somministrazione del questionario sui dati sociodemografici e clinici e della scala EPDS • 90 donne positive al parto traumatico sono state randomizzate in due gruppi: <ul style="list-style-type: none"> ○ gruppo di intervento ($n = 45$): cure di routine postnatali e somministrazione del breve intervento di consulenza secondo il metodo di Gamble e colleghi (consulenza faccia a faccia entro 72 ore dal parto e telefonica da 4-6 settimane dopo il parto) ○ gruppo di controllo ($n = 45$): cure di routine postnatali • follow up: perdita di 1 partecipante del gruppo di intervento e 2 del gruppo di controllo Ad entrambi i gruppi è stata somministrata l'EPDS e la <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5</i> (PCL-5) entro 72 ore, da 4-6 settimane e 3 mesi dopo il parto.
Risultati	Il gruppo di intervento ha avuto una riduzione significativamente maggiore dei punteggi: <ul style="list-style-type: none"> • PCL-5 a 4-6 settimane ($p < 0.0001$); • PCL-5 a 3 mesi dal parto ($p < 0.0001$).

Titolo, autore, anno	<p>“The Effect of Non-verbal Music on Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Premature Neonates” Zahra Pourmovahed, Seyed Mojtaba Yassini Ardekani, Behzad Roozbeh, and Akram Raie Ezabad 2021</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno di studio: RCT Obiettivo: studiare l'effetto della musica con riproduzione dei suoni della natura sul PTSD nelle madri di neonati prematuri ricoverati in terapia intensiva neonatale (UTIN).</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto tra aprile e dicembre 2018 in una delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) di Yazd (Iran). Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • madri di neonati prematuri senza anomalie e disordini • vigilanza completa • capacità di leggere e scrivere • assenza di deficit uditivi • assenza di tossicodipendenze • nessun consumo di farmaci per l'ansia e la depressione fino a un mese prima dello studio • nessuna storia di PTSD e nessun record in terapia intensiva neonatale • nessuna storia di parto pretermine o di parto di un bambino anormale • nessun precedente di punteggio > 6 del PPQ <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uso di farmaci sedativi e ansiolitici • esperienza di un altro evento stressante durante lo studio • presenza di depressione e ansia da moderata a grave durante lo studio • mamme i cui bambini hanno anomalie croniche e sono in fin di vita • mamme che usano singolarmente altri metodi per far fronte allo stress, quali leggere o ascoltare il Corano
Metodo	<p>Lo studio è stato condotto in doppio cieco secondo le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reclutamento di 50 madri di neonati prematuri ricoverati in UTIN e somministrazione del questionario sulle informazioni demografiche durante la prima settimana dopo il parto • 45 partecipanti idonee, con diagnosi o sintomi di PTSD valutati con PPQ > 6pt, sono state divise in due gruppi secondo un campionamento di convenienza e in modo casuale: <ul style="list-style-type: none"> ○ gruppo di intervento ($n = 23$): accanto all'incubatrice dei loro bambini, ha ascoltato musica con riproduzione del suono della pioggia, del mare e della natura per 20-30 minuti al giorno (attraverso il lettore MP3 e le cuffie) ○ gruppo di controllo ($n = 22$) non hanno ascoltato la musica <p>A tutte le neomamme è stato somministrato il questionario PPQ:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • fase 1: durante le prime 4 settimane di nascita • fase 2: 4 settimane dopo la fase uno
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> • riduzione significativa dei punteggi medi di PTSD a favore del gruppo sperimentale dopo aver ascoltato la musica con riproduzione dei suoni della natura ($p = 0.03$).

Titolo, autore, anno	<p>“Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial” Sedigheh Abdollahpour, Ahmad Khosravi, Zahra Motaghi, Afsaneh Keramat & Seyed Abbas Mousavi 2019</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno di studio: RCT Obiettivo: determinare l'efficacia di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulenza Cognitivo Comportamentale (CBC) • <i>Debriefing</i> <p>sulla prevenzione dello stress post-traumatico <i>post-partum</i></p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto tra giugno e settembre 2015, nell'ospedale Nohom-e-Dey (Iran). Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • parto traumatico dopo almeno 22 settimane di gravidanza • capacità della madre di parlare • nazionalità iraniana • assenza di malattia mentale e di storia di depressione, stress e ansia durante la gravidanza • nessuna assunzione di psicofarmaci • nessuna storia di infertilità <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necessità di cure intensive • abuso di sostanze • volontà di sottoporsi a cesareo elettivo • ricevere consulenza da una fonte diversa dal presente studio • aver sperimentato eventi di vita stressanti durante l'ultimo anno quali il divorzio • avere una storia positiva di mortalità infantile, PTSD e riluttanza a partecipare allo studio
Metodo	<ul style="list-style-type: none"> • reclutamento di 193 madri con parto traumatico e randomizzazione in tre gruppi:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ A - intervento: <i>debriefing</i> ($n = 54$); perdita prima fase di follow-up: $n = 3$ ○ B - intervento: CBC ($n = 53$); perdita prima fase di follow-up: $n = 6$ ○ C - controllo: cure di routine; ($n = 86$); perdita prima fase di follow-up: $n = 5$ <ul style="list-style-type: none"> ● follow-up a 4-6 settimane e 3 mesi dopo il parto: valutazione dei punteggi totali di stress post-traumatico dei tre gruppi tramite l'<i>Impact of Event Scale-Revised</i> (IES-R)
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> ● differenze statisticamente significative nei punteggi medi di stress post-traumatico nelle nascite traumatiche tra i gruppi di intervento e di controllo 4-6 settimane e 3 mesi dopo l'intervento ($p < 0.001$) ● differenza statisticamente significativa dei punteggi medi di stress post-traumatico anche tra i gruppi di <i>debriefing</i> e di CBC ($p < 0.001$) ● risultati migliori a favore della CBC.

Titolo, autore, anno	<p>“The Effect of Early Skin-to-skin Contact on the Mental Health of Mothers in Traumatic Childbirths” Sedigheh Abdollahpour, Nahid Bolbolhaghghi, Ahmad Khosravi 2017</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: RCT Obiettivo: valutare l'effetto del contatto precoce pelle a pelle nella prima ora di nascita con le nove fasi istintive del bambino sulla salute mentale delle madri con parto traumatico.</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto nel 2015 nell'ospedale di Nohom Dey di Torbate Heydariye, in Iran. Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● madri con parto traumatico ● nascita di un bambino a termine senza problemi; ● assenza di malattie mentali <p>Criteri di esclusione</p> <ul style="list-style-type: none"> ● madri o neonati che necessitano di cure intensive ● uso di psicofarmaci
Metodo	<p>Lo studio è stato condotto in cieco, secondo le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● reclutamento di 82 madri con parto traumatico e assegnazione casuale in due gruppi: <ul style="list-style-type: none"> ○ gruppo di intervento ($n = 41$): contatto precoce pelle a pelle con le nove fasi istintive entro la prima ora dopo la nascita ○ gruppo di controllo ($n = 41$): contatto pelle a pelle di routine ● raccolta dati demografici e clinici ● follow-up 2° e 3° mese dopo il parto (n partecipanti persi = 4): somministrazione del <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ-28)

Risultati	<ul style="list-style-type: none"> • il punteggio medio di salute mentale delle madri nei gruppi di intervento e di controllo era significativamente diverso ($p < 0.01$) • al 2° e 3° mese dopo il parto lo stato di salute mentale nel gruppo di intervento appariva migliore di quello del gruppo di controllo ($p < 0.01$)
------------------	--

Titolo, autore, anno	<p>“Prospective Associations of Lifetime Post-traumatic Stress Disorder and Birth-Related Traumatization With Maternal and Infant Outcomes”</p> <p>Julia Martini, Eva Asselmann, Kerstin Weidner, Susanne Knappe, Jenny Rosendahl & Susan Garthus-Niegel 2022</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: Studio Prospettico-Longitudinale</p> <p>Obiettivo: analizzare prospetticamente la traumatizzazione correlata alla nascita al fine di esaminare le specifiche conseguenze materne ed infantili.</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto tra gennaio 2009 e settembre 2012 in contesti ambulatoriali ginecologici a Dresda (Germania).</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne in gravidanza • donne senza sintomi di ansia e/o disturbi depressivi prima o durante la gravidanza <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • età gestazionale >12 settimane • età < ai 18 anni o > di 40 anni • gravidanza multipla • storia di più di tre aborti spontanei / interruzioni (indotte) di gravidanza / nati morti o compromissione infantile • trattamento invasivo della fertilità • grave malattia fisica / microsonnia / malformazione scheletrica • abuso di sostanze o di eroina negli ultimi 6 mesi • grave malattia psichiatrica • aspettativa di lasciare l'area di Dresda • insufficiente padronanza della lingua tedesca
Metodo	<ul style="list-style-type: none"> • 124 donne sottoposte a screening iniziale sono state divise in 3 gruppi: <ul style="list-style-type: none"> ○ gruppo senza traumatizzazione da parto ($n = 70$) ○ gruppo con traumatizzazione da parto ($n = 35$) ○ gruppo con traumatizzazione da parto e depressione ($n = 19$)

	<ul style="list-style-type: none"> • follow-up a 10 giorni, 2,4 e 16 mesi <i>post-partum</i> con somministrazione di molteplici interviste diagnostiche standardizzate e questionari per poter valutare gli effetti.
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> • le donne con traumatizzazione correlata alla nascita ($n = 35$) hanno indicato numerosi esiti avversi materni e infantili (paure legate al bambino, problemi sessuali e legame alterato) e, in caso di ulteriore depressione <i>post-partum</i>, i bambini erano più spesso colpiti da problemi di alimentazione e sonno.

Titolo, autore, anno	<p>“A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth” Kristen H Kjerulff, Laura B Attanasio, Kristin K Sznajder & Laura H Brubaker 2021</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: Studio Prospettico di Coorte Obiettivo: studiare l'associazione tra PTSD correlato al parto e il legame materno-infantile.</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto in Pennsylvania (Stati Uniti). Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • età compresa tra 18 e 35 anni al momento del reclutamento dello studio • prima gravidanza • parlare lo spagnolo o l'inglese • vivere in Pennsylvania (USA) • pianificazione del parto in un ospedale della Pennsylvania <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • precedente gravidanza di 20 settimane di gestazione o più • pianificazione del parto a casa o in un centro di parto non associato a un ospedale • pianificazione di avere una legatura delle tube al momento del parto • pianificazione di adottare un bambino • parto prima della 34^a settimana di gestazione • parto morto, morte neonatale o isterectomia al momento del parto
Metodo	<ul style="list-style-type: none"> • reclutamento di 3006 donne nullipare • somministrazione della <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i> (PBQ) a 1,6 e 12 mesi <i>post-partum</i> per misurare il legame materno-infantile.

Risultati	<ul style="list-style-type: none"> le donne con PTSD <i>post-partum</i> hanno maggiori probabilità di valutare negativamente il legame materno-infantile a 1 mese dopo il parto (OR 2.5; IC 95% 1.8 - 3.3; $p < 0.001$), a 6 mesi (OR 2.1; IC 95% 1.5 - 2.8; $p < 0,001$) e a 12 mesi <i>post-partum</i> (OR 2.2; IC 95% 1.6 - 3.0; $p < 0.001$).
------------------	--

Titolo, autore, anno	<p>“Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period” Antonio Hernández-Martínez, Sergio Martínez-Vázquez, Julian Rodríguez-Almagro, Khalid Saeed Khan, Miguel Delgado-Rodríguez, & Juan Miguel Martínez-Galiano 2021</p>
Disegno dello studio e obiettivi	<p>Disegno dello studio: Studio Trasversale Osservazionale Obiettivo: determinare la validità e l'efficacia del questionario PPQ (questionario PTSD perinatale), modificato in lingua spagnola, nelle donne post-partum.</p>
Setting e popolazione	<p>Setting: lo studio è stato condotto tra il mese di novembre e dicembre 2019 in Spagna. Criteri di inclusione: <ul style="list-style-type: none"> donne post-partum Criteri di esclusione: <ul style="list-style-type: none"> età < ai 18 anni aver partorito più di 6 mesi fa </p>
Metodo	<p>Somministrazione online di un questionario che includeva: <ul style="list-style-type: none"> elementi sulle variabili sociodemografiche e cliniche il PPQ l'EPDS </p>
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> è stato riscontrato un rischio di PTSD (punteggio ≥ 19) dell'11.1% ($n = 48$) il PPQ si è dimostrato un efficace strumento di screening per il PTSD <i>post-partum</i>