

Progetto per la elaborazione e organizzazione di iniziative preventive di riconosciuta efficacia per l'individuazione della depressione post partum e il riconoscimento del baby blues.

Titolo " *Mamma ... naturalmente!*"

Obiettivo Generale

Promozione del benessere madre-bambino, attraverso la riduzione delle depressioni post partum e il riconoscimento del "Baby blues" .

Obiettivi 1 Rilevazione rischio e Prevenzione "Depressione Post Partum" attraverso screening delle partorienti;

Obiettivi 2 Riconoscimento precoce della variazione dell'umore "Bby blues"

Azioni :

Sensibilizzazione e informazione sui cambiamenti psicologici che si possono manifestare nel pre e post parto, rivolta alle donne che partecipano ai CC.AA.NN. e alle puerpere in ospedale;

sensibilizzazione sulle variazioni dell'umore e i principali disturbi psicologici che si possono manifestare nel periodo pre e post parto, rivolta agli operatori sanitari delle UU.OO. che operano con le donne in gravidanza e puerperio;

somministrazione di strumenti di rilevazione validati in letteratura;

invio delle donne "a rischio depressione post-partum" alle strutture territoriali competenti (Consultori Familiari e CSM)

Strumenti: Protocolli di intervento condiviso tra i Servizi partecipanti (UU.OO. Ospedaliere, Consultori Familiari e UU.OO. del DSM);

Self report (EPDS – Cox e al. 1996) post parto.

Reclutamento Donne che partecipano ai corsi CC.AA.NN., donne che si recano in Ospedale per partorire;

Raccolta dati: Effettuata da psicologo presso l'U.O. Di Ostetricia e Ginecologia del San Martino di Oristano;

Modalità di somministrazione degli strumenti:

Auto somministrato o etero somministrato (dallo psicologo intervistatore debitamente formato). La prima somministrazione avverrà c/o il reparto di Ostetricia-Ginecologia in occasione del ricovero ospedaliero, la seconda somministrazione, entro il 45° gg

dal parto, potrà essere effettuata:

- a) dalla donna in forma "auto" e trasmessa on line al servizio di psicologia;
- b) in forma "auto" o "etero" c/o il consultorio familiare territorialmente competente;

Analisi dei dati e azioni correlate

Se dalla valutazione dei dati dovesse emergere un "rischio depressione post partum", la donna interessata sarà informata ed invitata a recarsi presso il servizio psicologico del Consultorio Familiare territorialmente competente per la presa in carico. Nei casi di psicosi puerperale, sarà inviata al Centro di Salute Mentale territorialmente competente.

Le variazioni del tono dell'umore e i principali disturbi psicologici che si possono manifestare nel periodo del post parto sono:

- Baby blues,
- Stati confusionali ad insorgenza precoce
- Disturbi post traumatici da stress
- Disturbi della relazione madre-bambino
- Disturbi d'ansia
 - Disturbo da attacchi di panico,
 - Disturbo Ossessivo Compulsivo
- Depressione post-partum

- Psicosi puerperali

Baby Blues

Non è considerato un vero e proprio disturbo, perchè è legato alle grandi variazioni ormonali che avvengono qualche giorno dopo il parto e tende ad autolimitarsi per poi scomparire definitivamente nel giro di pochi giorni.

Il baby blues colpisce la stragrande maggioranza delle madri. Il suo esordio avviene nella prima settimana dopo il parto, ma i sintomi possono perdurare fino a tre settimane.

Sintomi e cause del *baby blues*

- Sbalzi di umore
- Umore labile, con facile tendenza al pianto
- Tristezza
- Ansia
- Mancanza di concentrazione
- Sensazione di dipendenza

Il *baby blues* è provocato da più fattori: molto importanti sono i **rapidi cambiamenti ormonali** che avvengono subito dopo il parto, lo **stress psico-fisico** legato al momento del travaglio e del parto, le

complicanze fisiche del post-partum, come i postumi dell'episiotomia o del taglio cesareo che limitano l'autonomia della madre, la **fatica fisica**, l'ansia legata all'**aumento delle responsabilità**, l'insorgenza di imprevisti o **contrastanti con i familiari**, i parenti e così via.

In questa situazione è molto importante poter condividere le esperienze provate con altre mamme e poter pianificare una buona divisione dei compiti con il compagno o i familiari stretti.

Sindrome da stress post traumatico.

E' provocato da come la donna vive l'esperienza e sono facilmente riconoscibili alcuni aspetti che potrebbero favorirlo:

- danni fisici alla mamma o neonato;
- parto cesareo d'urgenza;
- lungo travaglio o molto dolore nella fase espulsiva;
- rianimazione del bambino o morte del neonato

Meno riconoscibili ma molto dolorosi e co-morbillosi sono i seguenti:

- la donna non riceve informazioni durante o dopo i controlli;
- quando viene umiliata, minacciata, non rispettata, violata;
- quando avverte impotenza, vergogna, mancanza di sostegno, solitudine;
- quando viene separata dal bambino per controlli o ancora peggio senza adeguate spiegazioni;
- quando le sue legittime richieste vengono ignorate, non creduta e stigmatizzata;
- quando ha difficoltà ad allattare ma non le viene fornito adeguato sostegno.

Sintomi e manifestazioni da PTSD

Incubi, pensieri intrusivi flashback, comportamenti evitanti.

Emozioni come la rabbia, ansia panico.

Possibilità 6-18% delle donne

Disturbo Ossessivo Compulsivo

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) colpisce il 3-5% delle madri nel periodo successivo al parto. È caratterizzato dalla presenza di **pensieri o immagini mentali intrusivi, ripetitivi e persistenti**, che solitamente riguardano gesti di nocimento contro il bambino, (ferirlo, ucciderlo). Questi pensieri sono percepiti come spaventosi e terribili (egodistonici), le madri temono che potrebbero veramente metterli in atto e adottano numerose strategie per evitare che queste immagini mentali possano realizzarsi.

Ad esempio la madre affetta da DOC finisce per evitare di entrare in cucina o di cucinare per non maneggiare coltelli, evitare di prendere in mano strumenti appuntiti o affilati, evitare di affacciarsi alle finestre, ai balconi o scendere le scale col bambino o di permettere a terzi di fare queste cose in sua presenza, evitare di fare il bagno al bambino o di prenderlo in braccio per timore di farlo cadere. Spesso le madri sentono di non volere affatto nuocere al loro bambino, ma temono di poterlo fare in modo incontrollato, e **non si fidano più di loro stesse**.

La presenza di tali pensieri può accompagnarsi a rituali compulsivi, che inizialmente riducono l'ansia; molto diffusi i **rituali di controllo** su porte e finestre e di **pulizia** (se mio figlio si ammalerà, sarà tutta colpa mia perché non ho pulito abbastanza), che si caratterizzano per la lunga

durata e la ripetitività.

Il principale fattori di rischio per lo sviluppo di disturbo ossessivo compulsivo post-partum è la presenza di una **precedente storia di DOC**, personale o familiare.

Il trattamento di questa patologia si basa, come quello del disturbo ossessivo compulsivo al di fuori del post parto, sulla combinazione di **psicoterapia** ad indirizzo cognitivo vomportamentale e di una **farmacoterapia specifica**, spesso necessaria a causa della gravità dei sintomi.

Depressione post-partum

Si tratta di un problema complesso e dalla diffusione crescente. Si stima che possa colpire fino al 10% – 15% delle madri.

L'esordio è sfumato e graduale, ma può anche essere molto rapido; avviene dal **terzo mese** al **primo anno** dopo il parto.

È importante ricordare che una **depressione post-partum non curata** tende a cronicizzare, che la depressione della madre riduce le possibilità di sviluppare una buona sintonia col bambino, cosa che aumenta il disagio e complica la soluzione del quadro depressivo stesso.

La gravità può variare da episodi di **depressione minore**, (spesso non diagnosticati, perché il funzionamento della madre è apparentemente buono anche se i vissuti e le esperienze emotive sono di tipo depressivo, per il riemergere di conflittualità non risolte con le figure significative di riferimento) fino ad episodi di **grave depressione maggiore**.

Sintomi della depressione post-partum

Le madri affette da questa patologia provano una **eccessiva preoccupazione** o **ansia**, sono estremamente **irritabili** e si sentono **sovraccariche** e **sotto pressione**; è spesso presente una generale **difficoltà nel prendere decisioni**, l'umore è **depresso**, sono frequenti sentimenti di **colpa** e **perdita di speranza nel futuro** unita ad una marcata **perdita di interesse** o di piacere nel fare le cose.

Sia il **sonno** che l'**appetito** sono **compromessi**: il sonno è disturbato (può essere presente insonnia o ipersonnia), e l'appetito può variare grandemente, dall'iporessia a franchi episodi bulimici; possono comparire sintomi fisici (solitamente dolori, parestesie, debolezza muscolare).

Alcuni sintomi specifici riguardano la relazione madre-bambino e spesso acuiscono nella madre sentimenti di colpa, vergogna e inidoneità al ruolo di madre. In particolare è molto frequente

- Avvertire il **bambino come un peso**
- **Non riuscire a provare emozioni** nei confronti del bambino
- Sentirsi **inadeguate nella cura del bambino**, avere paura di restare sole con lui
- Pensare di essere **madri e mogli incapaci**
- **Non riuscire a concentrarsi** nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con l'**interazione madre-bambino** (riconoscimento dei bisogni reciproci, sintonizzazione emotiva, le semplici cure parentali)

Fattori di rischio della depressione post partum

Una serie di condizioni è stata individuata come più frequente nelle madri che sono andate incontro a depressione post-partum. I principali fattori di rischio individuati sono:

- Episodi di ansia o depressione durante la gravidanza
- Storia personale o familiare di depressione
- Eventi traumatici nell'ultimo anno (lutti)

- Conflitti coniugali
- Isolamento sociale o condizioni socioeconomiche sfavorevoli
- Storia di sindrome premestruale o disturbo disforico premestruale
- Precedenti episodi di depressione post partum