



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Ostetricia

L'EFFICACIA DEL SUPPORTO TRA PARI SUL PTSD DEL POST-PARTO: L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO DELLA AUSL DI BOLOGNA

Relatrice

Prof.ssa Emily Bernardis

Presentata da

Veronica Fabbri

Sessione novembre 2023

Anno Accademico 2022/2023

Ringraziamenti

Per prima cosa voglio ringraziare Andriana, che nella vita mi è sempre accanto, per avermi incoraggiata a intraprendere questo percorso, e per avermi motivata a continuare fino all'ultimo, anche nei momenti difficili.

Ringrazio poi tutte le meravigliose ostetriche, i medici e tutto il personale di Forlì e di Cesena che ho incontrato in questi tre anni durante il tirocinio, e che mi hanno accompagnata, guidata e spronata a diventare una persona e una professionista migliore. Se sono qui oggi è anche grande merito vostro e vi porterò sempre con me.

Ringrazio le mamme del gruppo di auto-mutuo-aiuto, che hanno avuto fiducia in me nell'affidarmi le loro storie, alle quali spero di avere reso giustizia.

Ringrazio infine la mia relatrice per avermi sostenuta e indirizzata e per essere stata sempre disponibile nei mesi di lavoro che hanno portato alla creazione di questa tesi.

Sommario

Introduzione	1
Capitolo 1: Background	3
Il PTSD.....	3
Definizione	3
Sintomi	3
Fattori di rischio e fattori protettivi	4
Trattamento	5
Il supporto tra pari	6
Definizione	6
Vantaggi.....	6
Caratteristiche del pari	9
La rete ESP dell'Emilia-Romagna	9
Il PTSD post-partum	11
Prevalenza	11
Effetti sul benessere della madre e del neonato	11
Effetti sulla coppia.....	12
Fattori di rischio e fattori protettivi	13
Questionari di valutazione.....	15
Capitolo 2: Efficacia del supporto tra pari sul PTSD post-partum.....	16
Materiali e metodi	16
Obiettivo di indagine.....	16
Revisione della letteratura.....	16
Questionario	20
Risultati del questionario.....	25
Dati sociodemografici	25
Dati antecedenti al parto.....	25

Tipo di parto	25
Criticità legate al parto	26
Dopo il parto.....	26
Esperienza col gruppo di auto-mutuo-aiuto.	27
Capitolo 3: Discussione.....	33
Elaborazione delle risposte al questionario	33
Implicazioni per la ricerca.....	38
Implicazioni per la pratica.....	38
Conclusione.....	39
Bibliografia.....	41
Sitografia	46

Introduzione

Il parto è un evento unico nella sua natura nella vita di una donna, carico di un significato di natura complessa, che influenza le donne da un punto di vista non solo fisico ma anche psicologico, e che ha effetti su diversi ambiti della sua vita: familiare, sociale, lavorativo. Da un parto nasce un bambino, ma nasce anche una madre; durante il parto vengono meno alcune barriere e si aprono le porte ad un'energia fatta di corpo e istinto. Il benessere, l'ambiente, l'atmosfera, e il sentirsi a proprio agio giocano un ruolo fondamentale nel realizzarsi di una buona nascita, così come la sensazione di sentirsi accolte sostenute e comprese. Un'esperienza positiva di parto influisce in maniera positiva sulla vita di madre e bambino, con esiti psicologici migliori, di attaccamento al bambino, tassi più alti di allattamento al seno, e in generale un maggiore benessere della diade, della coppia e della famiglia. È chiaro, dunque, che il parto è un momento di passaggio estremamente delicato.

Al contrario, un vissuto traumatico del proprio parto può dare luogo a disturbi della sfera psicologica anche gravi, che ledono il fisiologico instaurarsi del legame tra madre e bambino e rendono difficile condurre una vita normale. I più noti sono ansia e depressione del post partum; meno noto e raramente diagnosticato è il PTSD del post partum, o disturbo posttraumatico da stress del post partum. Il PTSD è un disturbo che risulta dall'esposizione ad eventi fortemente traumatici quali eventi di guerra, di morte, di tortura, la paura per la propria vita o per la vita di una persona cara, ed è tipica dei veterani di guerra.

Il fatto stesso che una donna possa sviluppare un disturbo così grave in seguito al proprio parto è molto significativo e merita di essere indagato. I fattori di rischio sono svariati e verranno analizzati successivamente; in breve, si può dire che il trauma da parto sia il risultato di diversi fattori, principalmente la percezione di scarso sostegno da parte di familiari e personale, aspettative disattese riguardo al proprio parto, manovre ostetriche invasive o eventi ostetrici negativi, uniti a fragilità intrinseche quali scarsa capacità di coping, tocofobia o altre difficoltà psicologiche.

I trattamenti più comuni sono la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia EMDR; tuttavia, negli ultimi anni, la regione Emilia-Romagna si sta impegnando per sviluppare un'altra tipologia di sostegno, dai vastissimi ambiti di applicazione: il supporto tra pari. Nel 2016 nasce infatti la Rete regionale degli Esperti in Supporto tra Pari (ESP), di cui fa parte anche un gruppo

di auto-mutuo-aiuto per il parto traumatico inquadrato all'interno della rete della AUSL di Bologna.

L'idea di questa tesi nasce proprio dall'incontro con due donne partecipanti a questo gruppo, avvenuto durante il corso di studi, dalla volontà di accogliere il loro desiderio di essere ascoltate, e dal desiderio di capire quali sono le maggiori criticità, e quali benefici ha portato a loro l'esperienza di supporto tra pari.

Il seguente elaborato è composto da una revisione della letteratura che indagherà i benefici del supporto tra pari per le donne vittime di trauma da parto, i cui risultati verranno affiancati da un questionario posto in forma anonima alle partecipanti al gruppo precedentemente menzionato.

Capitolo 1: Background

Il PTSD

Definizione

Il disordine post traumatico da stress, o PTSD, è una forma di disagio mentale che colpisce i sopravvissuti di esperienze fortemente traumatiche. Il concetto venne introdotto nella terza edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-III) nel 1980 a seguito dell'osservazione e valutazione degli effetti psicologici di eventi quali guerra, tortura, violenze sessuali, l'Olocausto, il bombardamento nucleare di Hiroshima e Nagasaki, disastri naturali, catastrofi causate dall'uomo, i cui effetti si discostano in maniera misurabile da quelli di altri eventi stressogeni che possono incorrere nella normale vita di un individuo (divorzio, fallimenti, malattia, difficoltà economiche) (62).

La distinzione tra evento stressogeno e trauma avviene quando si può ragionevolmente presumere che le normali capacità di un individuo di far fronte ad uno stress possano venire sopraffatte dall'entità dello stesso (63). Tuttavia, l'esperienza dei clinici ha rilevato che sussistono delle differenze individuali nel modo di affrontare gli stress catastrofici e che solo una minoranza di persone vittima di un evento traumatico sviluppa la sindrome vera e propria (62).

Ronnie Janoff-Bulman, ricercatrice, psicologa e fino al 2016 Professoressa Emerita dell'Università del Massachusetts – Amherst descrive l'impatto del trauma in maniera particolarmente illuminante tramite quella che nel settore viene chiamata "*Shattered assumptions theory*" (teoria delle convinzioni infrante). Janoff-Bulman sostiene che le persone, in linea generale, vivano nella convinzione che il mondo sarà "benevolo" nei loro confronti, che la loro vita sia importante, che gli avvenimenti abbiano un significato e un senso, e che non saranno vittime di sfortuna o eventi avversi. Quando questa credenza viene infranta da un trauma, la concezione stessa di noi e degli altri viene distrutta, e ciò porta ad una alterazione sostanziale e negativa dell'immagine di sé e delle interazioni con gli altri (30).

Sintomi

Come afferma il National Institute of Mental Health (NIMH) americano, le persone affette da PTSD vivono sintomi fisici e psicologici che influiscono in maniera significativa sulla loro vita quotidiana; per potersi configurare come disturbo, i sintomi devono perdurare per più di un

mese dalla data dell'evento che li ha causati. Dal punto di vista psicologico, si manifestano irritabilità, difficoltà nella gestione delle emozioni, flashback, rabbia improvvisa, confusione, difficoltà di memoria, depressione, insonnia, ansia; sul versante fisico le persone colpite presentano sintomi quali dolore toracico, giramenti di testa, disturbi gastrointestinali, emicranie, indebolimento del sistema immunitario (58).

L'*American Psychiatric Association* (APA), suddivide i sintomi in tre macrocategorie:

- Episodi di pensieri intrusivi: si tratta di ricordi che riemergono all'improvviso e si manifestano in modo vivido e doloroso. Questo avviene ciclicamente;
- Evitamento: la persona colpita cerca di evitare qualunque azione che faccia riemergere il ricordo, limitando progressivamente la propria interazione emotiva e riducendo le proprie giornate ad attività semplici. Alla lunga questo causa ansia e depressione;
- Alterazioni cognitive dell'umore: alcuni esempi sono l'incapacità di ricordare elementi salienti del trauma, pensieri ed emozioni negative rivolte a sé stesso, percezione distorta delle cause o delle conseguenze, sensazioni di distacco, mancato piacere nel fare le cose che prima piacevano;
- Ipersensibilità e ipervigilanza: corrisponde ad una sensazione di pericolo perenne, con conseguente irritabilità, difficoltà di concentrazione, ma anche comportamenti spericolati o autolesionisti (54).

Secondo la APA, il disordine si associa nell'80% dei casi ad altri disagi psicologici e disturbi psichiatrici quali ansia, depressione, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze, disturbi della sfera sessuale, pensieri e comportamenti autolesionisti o suicidari; dal punto di vista fisico, il disturbo si associa anche a dolore cronico o sintomi fisici senza causa identificabile (56).

Fattori di rischio e fattori protettivi

Gli studiosi sono concordi nell'affermare che le donne hanno un rischio due o tre volte superiore di sviluppare sintomi da PTSD in seguito ad un trauma (29), con un'incidenza del 5-6% negli uomini contro in 10-12% nelle donne. Sono inoltre a maggior rischio di disturbi d'ansia, depressione, fobie, disturbo ossessivo compulsivo, attacchi di panico (28). Non vi è tuttavia altrettanto accordo nel determinare le ragioni di questa discrepanza: le donne sembrerebbero essere sottoposte ad un numero maggiore di traumi ad un'età più giovane (28); sembrerebbe però sussistere anche una ragione biologica insita in una maggiore attivazione dell'amigdala

(36), ed è stato anche teorizzato che nelle donne il sistema ossitocico (ormone correlato all'amore, alla famiglia e alle reti sociali) abbia un effetto fortemente protettivo (36).

Il sito National Institute of mental health elenca I seguenti fattori di rischio e fattori protettivi.

Fattori di rischio (65):

- Essere esposti a precedenti esperienze traumatiche, in particolare durante l'infanzia.
- Subire una lesione o vedere persone ferite o uccise
- Provare terrore, impotenza o paura estrema;
- Avere scarso o nessun supporto socioemotivo dopo l'evento;
- Affrontare altri stress dopo l'evento, come la perdita di una persona cara, dolore o ferite fisiche, la perdita del lavoro o della casa;
- Avere una storia personale o familiare di malattia mentale o di uso di sostanze stupefacenti;

Fattori protettivi:

- Cercare il sostegno di amici, familiari o gruppi di supporto;
- Fare pace con le proprie azioni in risposta a un evento traumatico;
- Avere una strategia di coping per superare e imparare dall'evento traumatico;
- Essere preparati e in grado di reagire agli eventi sconvolgenti, nonostante la paura.

Trattamento

Il trattamento del PTSD si suddivide in terapia farmacologica e non farmacologica.

Dal punto di vista farmacologico, le classi più indicate sono SSRI (Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e SNRI (Inibitori selettivi della ricaptazione della Noradrenalina), anche se questi sembrano avere un'efficacia limitata.

Dal punto di vista non farmacologico alla persona affetta possono essere offerte diverse opzioni di terapia dialogica (60):

- Terapia cognitivo-comportamentale, basata sull'assunto che i pensieri creano emozioni, le emozioni creano comportamenti e i comportamenti rinforzano i pensieri (55);
- EMDR, dall'inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, (Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), terapia volta alla

desensibilizzazione ai ricordi dell'evento traumatico tramite i movimenti oculari e altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra (57);

- Supporto tra pari tramite gruppi o il coinvolgimento di reti familiari;

Il supporto tra pari

Definizione

Il supporto tra pari può essere definito come il processo per cui le persone formano un gruppo per condividere esperienze o per affrontare sfide simili (37). È basato sulla condivisione di emozioni e di storie tra persone che hanno avuto esperienze simili che prendo una conformazione flessibile, maggiormente aperta rispetto alle terapie strutturate (50). Il Supporto tra pari, infatti, non si basa su modelli psichiatrici e criteri diagnostici, ma sull'empatia reciproca e sull'esperienza condivisa (37) Può essere condotto da pari, da professionisti, o da entrambi, i quali possono essere o non essere specificatamente formati per questo scopo (37). Ognuno dei partecipanti ad un gruppo di supporto dà un significato diverso alla propria esperienza e la porta all'interno del gruppo; ciò contribuisce a dare un senso all'esperienza stessa (14).

Vantaggi

Come riporta il sito dell'associazione "Il cerchio blu" (associazione che si occupa di comunicazione durante l'emergenza, assistenza alle vittime di eventi traumatici, gestione e assistenza degli operatori del supporto e dell'emergenza, e altre attività correlate) Il supporto tra pari si è sviluppato per gli operatori dell'emergenza, con dei vantaggi notevoli rispetto ad altri tipi di sostegno (59):

- Risulta maggiormente accettabile, poiché tutti hanno le stesse esperienze e le condividono;
- Minore rischio di patologizzare e stigmatizzare le situazioni critiche, come farebbe un professionista della salute mentale;
- Maggiore flessibilità e velocità di intervento;
- Minori costi per l'organizzazione che lo organizza.

Già nel 2004 l'attivista per la salute mentale e fondatrice dell'*International Peer Support* Shery Mead scriveva che l'unicità del Supporto tra pari nell'ambito della salute mentale risiede nel fatto che i pari portano all'interno della relazione di supporto delle conoscenze pratiche e delle

chiavi di lettura che provengono direttamente dall'esperienza di vita vissuta, nel quadro di un contesto orale e narrato, e per questo flessibile, non gerarchico e non medicalizzato (45). Il suo funzionamento è basato su dei principi che somigliano più a dei valori comuni, e che sono:

- il principio di parità (*Peer principle* – creare una connessione con qualcuno con un'esperienza di vita simile e avere un rapporto paritario);
- il principio di aiuto (*helper principle* - l'idea che essere d'aiuto a qualcun altro sia anche un'autoguarigione);
- l'empowerment (trovare speranza e credere che la guarigione sia possibile; assumersi la responsabilità personale di realizzarla);
- l'advocacy (capacità di advocacy propria e del sistema);
- la scelta;
- lo sviluppo di skills;
- il correre i rischi positivi;
- la reciprocità;
- il sostegno;
- il senso di comunità;
- l'auto-aiuto;
- lo sviluppo di consapevolezza (45);

Le *Guidelines for the Practice and Training of Peer Support* della Mental Health Commission of Canada, descrivono così l'efficacia del supporto tra pari:

“Connecting with another person who has lived with similar problems, or is perhaps still doing so, can be a vital link for someone struggling with their own situation. Peer support can be an effective prevention strategy, can moderate the effects of life challenging events and provide a sense of empowerment. Research also indicates that peer support can help a person gain control over their symptoms, reduce hospitalization, offer social support and improve quality of life. The information, empowerment and hope that come from someone who has been in their shoes can help a person better navigate the sometimes complicated maze of treatments and other forms of assistance. A peer support worker draws from their experiential knowledge—the happenings, emotions, and insights of their personal lived experience—as they listen to, interact with and support peers. [...] A peer who interacts with a peer support worker will not only feel the empathy and connectedness that comes from similar life experiences, but this interaction also fosters hope. Hope in the possibility of a recovery that includes health, wellbeing, quality of life and resilience” (10).

Lo si conferma anche in uno studio pubblicato nel 2012 sulla rivista *International Journal of Mental Health Nursing*, che riporta l'esperienza di donne coinvolte in un gruppo di sostegno per la depressione postpartum. Secondo quanto riportato dalle donne stesse, il gruppo aveva creato un ambiente sicuro, di confronto tra pari con esperienze simili, al quale esse sentivano di appartenere e da cui si sentivano accettate, prevenendone così l'isolamento sociale e psicologico. Le donne hanno riferito di sentirsi comprese, di avere sentito tra di loro una connessione che non richiedeva spiegazioni, e che la loro esperienza veniva normalizzata durante gli incontri. Lo studio si conclude suggerendo di raccomandare i gruppi di Supporto tra pari alle donne che non si sentono soddisfatte dalla terapia tradizionale o che desiderano completarla (33).

La ricercatrice neerlandese Pier van de Ven descrive il percorso compiuto dai partecipanti ad un gruppo di supporto come “Journey of sensemaking and identity construction in the aftermath of trauma” (Viaggio di costruzione di senso e identità a seguito di un trauma) (50), e lo articola in alcuni elementi chiave:

- Conoscenza reciproca;
- Normalizzazione e valorizzazione dell'esperienza, e dei sentimenti complessi ad essa correlati, quali vergogna e senso di colpa, vissuti dai partecipanti in un ambiente non giudicante, anche tramite il confronto con gli altri partecipanti;
- Ricerca del proprio spazio all'interno del gruppo e di conseguenza all'interno dell'esperienza comune;
- Riconoscimento della difficoltà di rapportarsi col mondo esterno e con le sue richieste (superare il trauma, “andare avanti”), che vengono percepite come “ignoranti”;
- Senso di vuoto che fa spazio alla possibilità di ricostruire un senso di sé; valorizzazione del proprio benessere
- Senso di sollievo di essersi tolti “un peso dalle spalle”;
- Distacco emotivo dal gruppo e trasformazione dell'evento traumatico in un'esperienza di vita

Una revisione della letteratura pubblicata nel 2020 sul *Journal of Medical Internet Research* nella sezione *Mental Health* ha valutato che il Supporto tra pari è un valido strumento a sostegno della terapia tradizionale in diversi ambiti, tra cui la patologia psichiatrica significativa, l'uso

di sostanze, l'età avanzata (limitando l'isolamento sociale) e l'adolescenza, e che è particolarmente efficace quando si preoccupa di minoranze socialmente e medicalmente svantaggiate.

Il supporto tra pari si riflette in maniera positiva non solo su chi lo riceve, per le ragioni già precedentemente menzionate, ma anche su chi lo fornisce, migliorandone il benessere e la sicurezza di sé, contribuendo alla loro crescita personale e professionale, e permettendo loro di utilizzare la propria esperienza in maniera terapeutica; e ha risvolti positivi anche per il sistema sanitario poiché diminuisce il tasso di ricoveri e ne riduce la durata ed è anche un approccio che ha un buon rapporto costi-benefici (44). Tuttavia, bisogna tenere presente che questo genere di supporto non nasce come alternativa alla terapia tradizionale, ma possono esserne un completamento (44).

Caratteristiche del pari

Il pari deve essere selezionato secondo determinate caratteristiche, come elaborato dal Collegio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (12):

- Non giudicante;
- Disponibile a seguire il training;
- Disposto a rispettare le norme di riservatezza e gli standard operativi;
- Capace di lavorare in team, di avere pensiero critico e di risolvere i problemi.

I pari devono essere inoltre adeguatamente formati. Come riporta la “Sintesi Documento finale CNOP Peer support”, nell'ambito del programma PSP dell'Aviazione Civile:

“Le principali aree formative devono riguardare: informazioni sul funzionamento dei PSP; consapevolezza degli stressor tipici della professione; Operational Fatigue; Strategie di coping; riconoscimento precoce dei red sign (salute mentale) al fine di segnalazione immediata seguendo definiti protocolli; elementi base di Primo Soccorso Psicologico; normativa sulla Privacy e sul sistema di confidenzialità del Programma; sistema normativo vigente; figure professionali coinvolte nel programma di supporto, quando le informazioni devono essere riferite e quando è necessario chiedere aiuto ad un professionista; limiti e consapevolezza del proprio ruolo; tecniche di ascolto attivo ed empatia; farmaci consentiti durante il duty; effetti collaterali dei farmaci; segni relativi all'uso di alcol e droghe” (12).

La rete ESP dell'Emilia-Romagna

Il 13-20-27 settembre 2021 si è tenuta la prima Conferenza nazionale Utenti e Familiari esperti in supporto tra pari, promossa dal Movimento nazionale Le Parole ritrovate e dalla Rete Esperti nel Supporto tra Pari Emilia-Romagna (Rete ESP), in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Bologna. Hanno collaborato come Enti Partner l'Associazione AIRSAM, la SIEP e il Collegio nazionale dei Dipartimenti di salute mentale, assieme a 43 realtà di esperti nel supporto tra pari presenti in 11 regioni italiane, con lo scopo di produrre documenti e gruppi di lavoro a sostegno di queste realtà (in fase iniziale o avanzata) e di porre le basi per la creazione di una rete nazionale

A partire dalla conferenza sono stati prodotti due documenti, il *Documento di consenso* e la *la CARTA NAZIONALE Esperti in supporto tra pari in Salute Mentale* (quest'ultima con lo scopo specifico di arrivare al riconoscimento della figura dell'Esperto nel supporto tra pari), che toccano i seguenti punti (2), (1):

- Elementi caratterizzanti l'esperto: l'esperto è una persona che ha avuto esperienza diretta del disagio psichico, che è su un percorso di recupero grazie al quale ha già maturato autostima e consapevolezza, e sa offrire supporto, accoglienza e ascolto a persone con esperienze simili; l'esperto opera come formatore e ha un ruolo riconosciuto nella sua organizzazione;
- Reciproco riconoscimento delle competenze tra operatori della salute mentale e gli esperti, il cui lavoro si svolge in un clima paritario;
- Riconoscimento istituzionale della figura dell'esperto, tramite la creazione di linee guida che definiscano conoscenze e competenze, percorsi formativi per l'esperto, corsi di formazione e sensibilizzazione per gli operatori, standardizzazione dei requisiti in modo che prevedano la figura dell'esperto, linee di finanziamento e retribuzione;
- Percorso per diventare esperto, che inizia dall'autocandidatura, la valutazione delle motivazioni e prosegue con la formazione specifica (frutto del lavoro congiunto di esperti e operatori) sia in aula che sul campo;
- Contesti di lavoro dell'esperto, in primo luogo il Dipartimento di salute mentale; l'esperto è idoneo a lavorare in tutte le aree del Dipartimento, ma è opportuno che la sua collocazione sia frutto di una valutazione specifica e condivisa; l'esperto può esprimere le proprie competenze anche tramite volontariato e associazionismo, ma va fatta la distinzione tra volontari ed esperti che operano all'interno di contesti istituzionali (1).

La rete ESP fa riferimento alla Consulta regionale per la Salute Mentale dell'Emilia-Romagna, che è stata istituita nel 2004 in modo sperimentale e di cui sono stati in seguito definiti composizione e nei compiti dal "Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011" (DGR n. 313/2009). Il Piano individua nella Consulta e nei CUF/CUFO (Comitati Utenti Familiari Operatori) i principali strumenti di partecipazione alla realizzazione degli obiettivi di salute mentale, sia a livello locale sia a livello regionale (64).

Il PTSD post-partum

Gli eventi che ledono il fragile equilibrio che si instaura durante il travaglio possono dare luogo a conseguenze drammatiche per la salute psicologica della donna. Per alcune donne, il parto si trasforma in un evento traumatico, e, per alcune, in una vera e propria Sindrome da Stress Post Traumatico Postparto.

Prevalenza

Una metanalisi pubblicata nel 2014 riporta un tasso di prevalenza dal 3,1% (per tutte le donne) al 15,8% (in donne con fattori di rischio, discussi successivamente) (21). Tuttavia, bisogna tenere in considerazione che i tassi possono variare in base al gruppo oggetto di studio, al paese di residenza (che si riflette anche sul modello di cura, biomedico vs. biopsicosociale), dal tempo trascorso dal parto (i tassi sono più alti subito dopo il parto e tendono a diminuire col passare del tempo). È inoltre importante notare che, per quanto i tassi di diagnosi effettiva siano molto inferiori, è stato stimato che dal 20% al 48% delle donne riferisce di vivere sintomi da stress post traumatico dopo il parto (49); per questa ragione, vi è del valore anche nel riconoscere anche i quadri che rimangono al di sotto della soglia per cui è possibile diagnosticare un PTSD, ma che risultano comunque in un danneggiamento delle funzioni psicologiche. Infine, il NICE (National Institute for Health and Care Excellence), riferisce che il parto traumatico include le nascite, sia pretermine che a termine, che sono fisicamente traumatiche (per esempio, parti strumentali o cesarei d'emergenza, gravi lacerazioni perineali, emorragia post-partum) e le nascite che sono vissute come traumatiche, anche quando il parto è lineare dal punto di vista ostetrico (68).

Effetti sul benessere della madre e del neonato

Gli effetti di un parto traumatico si ripercuotono non solo sulla madre, sull'attaccamento al bambino, sull'allattamento, sulla coppia e sulla decisione di avere altri figli (49).

La donna vive sintomi sovrapponibili a quelli del PTSD tradizionale secondo il DSM-5: flashback e pensieri intrusivi, incubi, rivissuto continuo del parto, difficoltà ad occuparsi del bambino e delle faccende quotidiane, irritabilità, insonnia, evitamento (11) (23). Il PTSD postpartum si correla fortemente anche con la depressione postpartum, con un rischio ben 44 volte superiore di svilupparla per le donne con Perinatal Post Traumatic Stress Disorder Questionnaire-II (PPQ-II) positivo (27) (del questionario si parlerà successivamente).

L'allattamento può avere esiti completamente opposti: per alcune donne, allattare il proprio bambino è una forma di riscatto dal trauma, un modo per dimostrare di essere "capaci", a sé stesse e agli altri, dopo aver "fallito" durante il parto; per altre donne, allattare è un'ulteriore violazione di un'area vulnerabile del proprio corpo, provoca flashback, sentimenti di ansia e pensieri negativi, che unito ad una possibile sensazione di distanza e distacco dal bambino, porta ad una interruzione precoce dell'allattamento, o a un mancato avvio di esso (6). La correlazione tra PTSD postparto e mancato avvio dell'allattamento è stata confermata anche da uno studio longitudinale basato sulla popolazione condotto su 1480 donne e pubblicato nel 2017 (18), e da uno studio condotto su donne arabe e israeliane nel 2015 (22), anche se i dati a 6, 12 e 24 mesi sono sovrapponibili con la popolazione generale (18).

Il parto traumatico influisce anche in modo negativo sul rapporto madre – bambino. La madre prova emozioni complesse e controverse, fatica a legarsi e ad amare il proprio bambino, si sente distante; per alcune donne, questo sentimento dura poco, ma per altre può durare anche qualche anno (15). Uno studio pubblicato nel 2016 e condotto come parte del più ampio studio di popolazione Akershus Birth Cohort mette in correlazione il PTSD post partum con un peggiore sviluppo socio-emotivo del bambino a due anni di vita, e i risultati rimangono significativi anche una volta scremati altri fattori confondenti, quali depressione materna o temperamento del bambino (17); bisogna tuttavia sottolineare che i bambini più colpiti sono quelli le cui madri hanno un insieme di svantaggi fisici, psichiatrici e psicosociali (26). Un impatto a lungo termine riguarda gli anniversari, cioè il compleanno del bambino, e i giorni e le settimane precedenti, durante i quali la donna è vittima di flashback ed emozioni negative, ansia, panico e sensi di colpa (49). Attualmente, il suicidio è ancora la prima causa di morte materna nella seconda metà del primo anno di vita del bambino (26).

Effetti sulla coppia

Un'altra dimensione colpita dal trauma è la coppia, compresa la sfera sessuale. Le donne con trauma da parto cercano di proteggere il proprio corpo anche distanziandosi dal partner (15);

alcune incolpano i partner dell'accaduto, o non si sentono comprese. I partner vivono con angoscia il senso di impotenza provato al momento della nascita del proprio figlio. Alla luce del parto, inoltre, alcune coppie decidono di non avere altri figli; se invece arriva una seconda gravidanza, le settimane sono segnate da ansia e paura che quanto accaduto si ripeta (49)

Alcune donne incolpano i propri partner per l'accaduto (49); altre semplicemente sentono la necessità di proteggere il proprio corpo ed evitano anche i rapporti sessuali, oppure li evitano per paura di una nuova gravidanza (15);

Fattori di rischio e fattori protettivi

Nel presentare i fattori di rischio e i fattori protettivi, faremo riferimento alla tesi di dottorato della Dottoressa Mary Pinkerton Stelter, edita nel 2021, dal titolo *Contributing Factors, Protective Elements, and Treatments for Postpartum PTSD: A Systematic Review*, che comprende 120 studi pubblicati tra il 2016 e il 2021, e i cui risultati rispecchiano appieno la restante ricerca bibliografica.

La dottoressa Stelter suddivide i risultati della sua ricerca in quattro aree tematiche; gli elementi vengono poi elencati per ordine di occorrenza (numero di studi in cui vengono menzionati):

Fattori di rischio (47)

1. Determinanti biopsicosociali:

- a. Scarse capacità di coping, che includono stile attributivo del depresso (gli insuccessi vengono attribuiti a cause interne, mentre i successi a cause esterne), cognizioni distorte (portano a generalizzare in modo estremo gli eventi), senso di colpa inappropriato, aspettative non realistiche;
- b. percezione soggettiva negativa del parto;
- c. fobia del parto/tocofobia;
- d. traumi precedenti, anche accaduti durante l'infanzia;
- e. dolore dovuto alla perdita, legato ad aborto, a MEF, o alla perdita dell'esperienza di parto desiderata;
- f. una precedente diagnosi di ambito psichiatrico, ma anche le specifiche diagnosi di ansia e depressione;
- g. senso di mancanza di controllo;
- h. precedente parto traumatico;

- i. uno studio del 2018 suggerisce una possibile correlazione con età materna avanzata abbinata a primiparità (3)
2. Elementi ostetrici oggettivi (47)
 - a. Complicanze in gravidanza o durante il parto che portano a dover cambiare significativamente il piano del parto;
 - b. procedure ostetriche invasive anche considerate di routine (ecografie transvaginali, visite vaginali, dilatazione manuale o con CRB, scollamento delle membrane, amniorexi, massaggi del fondo uterino)
 - c. parto cesareo;
 - d. parto operativo vaginale;
 - e. ricovero in TIN del neonato;
 - f. reazioni avverse ai farmaci o all'anestesia;
 - g. patologie materne della gravidanza o del parto;
 - h. basso peso alla nascita;
 3. Interferenza o danno alle relazioni sociali (47)
 - a. Mancanza di sostegno percepita, sia emotiva che pratica, da parte di partner, staff ostetrico, rete sociale;
 - b. dissociazione, intesa come sentimento di distacco dalla gravidanza e dal parto (esperienza extracorporea), incluse depersonalizzazione, derealizzazione, ritiro emotivo dalla gravidanza e dal parto;
 - c. basso status socioeconomico;
 - d. storia di violenza, inclusa la violenza sessuale e domestica;
 - e. violenza o mancanza di rispetto nel luogo del parto;
 4. Concomitanza di altre difficoltà vicino al parto
 - a. Elementi stressogeni diversi dall'evento parto, ad esempio cambiamenti familiari, difficoltà lavorative, occuparsi del neonato;
 - b. Parto prematuro.

Fattori protettivi:

1. Accesso a risorse esterne
 - a. Servizi offerti alla donna durante gravidanza, parto e puerperio, ad esempio un corso preparto;
 - b. debriefing del parto;

- c. skin-to-skin;
 - d. azioni intraprese durante il parto per velocizzare o rallentare il travaglio, o per interrompere l'esperienza traumatica, come la somministrazione di ossitocina o altre attività che riescano a portare su altro l'attenzione della donna;
 - e. screening psicologico per individuare fattori di rischio;
 - f. contenimento del dolore, con metodiche farmacologiche e non;
 - g. rispetto del piano del parto;
 - h. allattamento al seno;
2. Accesso a risorse interne
- a. Percezione di sostegno;
 - b. bonding tra madre e bambino;
 - c. stile sicuro di attaccamento;
 - d. percezione di controllo;
 - e. capacità di autoregolazione emotiva efficace, conscia e inconscia. (47)

Questionari di valutazione

Allo scopo di riconoscere e diagnosticare il PTSD post partum, sono stati di recente creati due questionari di valutazione, poiché precedentemente non esistevano questionari specifici per il PTSD post partum aderenti ai criteri diagnostici del DSM-5.

Il primo è il *Perinatal PTSD questionnaire* (PPQ), pubblicato nel 1999 (40), composto di 14 item consistenti in domande a risposta aperta, che però non corrispondono ai criteri diagnostici; il PPQ è stato successivamente modificato nel 2006, e rinominato *Modified PPQ* o *PPQ-II* in 14 domande a risposta chiusa (sì/no) per migliorarne l'utilità clinica (9).

Più recente è il *CityBiTS* (City Birth Trauma Scale) ideato da Susan Ayers e Alexandra Thornton della City University of London e Daniel B. Wright della Alder Graduate School of Education in California, composto da 29 item che, per la prima volta, ripercorrono i criteri diagnostici del DSM-5, in particolare i criteri A (*stressor criteria*), B (*re-experiencing*), C (*avoidance*), D (*negative cognitions and mood*), E (*hyperarousal e significant distress and impairment*), F (*duration of symptoms*), e H (*exclusion criteria*) del per il PTSD. Il questionario ha dato risultati di ottima affidabilità (4). Nel 2021 è stata pubblicata anche versione per i partner (52).

Capitolo 2: Efficacia del supporto tra pari sul PTSD post-partum

Materiali e metodi

Obiettivo di indagine

L'obiettivo d'indagine del seguente elaborato è ricercare i benefici del supporto tra pari per le donne che hanno un vissuto traumatico del proprio parto, o di uno dei propri parti, tramite una revisione della letteratura e di valutarne i risultati tramite un questionario sottoposto alle donne che partecipano ad un gruppo di auto-mutuo-aiuto (A.M.A.) per il trauma da parto facente parte della ESP. Il gruppo in questione fa parte della AUSL di Bologna ed è facilitato da un'Esperta di supporto tra pari formata secondo i criteri esposti nel background, che partecipa mensilmente a riunioni con i referenti del progetto del progetto AMA per risolvere eventuali problemi e monitorare l'andamento del gruppo.

Revisione della letteratura

Gli studi sono stati individuati tramite il motore di ricerca di PubMed e Google Scholar. Sono stati consultati testi a libero accesso oppure accessibili utilizzando la connessione proxy dell'Università di Bologna. Dei testi non accessibili tramite il proxy UniBo, è stata richiesta copia cartacea alla "Biblioteca Centrale "Leon Battista Alberti", Sezione di Psicologia, del campus UniBo di Cesena.

La ricerca è stata condotta utilizzando le stringhe riportate nella tabella. La selezione degli studi idonei è avvenuta in primo luogo attraverso la lettura dell'abstract, e in seguito dell'articolo. Sono stati esclusi gli studi riguardanti eventi e patologie che si correlano con il PTSD del post partum, ma che non trattavano quest'ultimo in maniera esplicita in correlazione con il supporto tra pari (ad esempio, aventi come oggetto di studio la depressione del postparto o il ricovero del proprio neonato in TIN, poiché questi genitori, seppure possibile, non necessariamente presentano i sintomi del PTSD del post partum). Sono stati esclusi dai risultati di una stringa gli studi che si ripetevano rispetto ad una ricerca precedente. Sono stati invece inclusi gli studi contenenti i termini "birth trauma" come alternativa a "postpartum PTSD", poiché, come precedente menzionato, il PTSD del postpartum spesso non ha diagnosi esplicita, e ad ogni modo, anche i quadri parziali hanno un impatto significativo sulla vita quotidiana. Sono stati inclusi anche gli studi che includevano donne colpite da PTSD del postpartum in gruppi misti di donne che hanno ricevuto altre diagnosi.

Banca dati	Parole chiave	Trovati	Idonei	Documenti
Google Scholar	"peer support" "postpartum PTSD"	114	1	Healing trauma with interprofessional collaboration and trauma-informed perinatal care: A qualitative case study https://doi.org/10.1111/birt.12672
Google Scholar	"peer support group" AND "*childbirth" AND "post traumatic stress disorder"	126	1	A qualitative study of minority ethnic women's experiences of access to and engagement with perinatal mental health care https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04698-9
Google Scholar	"group support" "postpartum PTSD" "birth trauma"	7	1	Women's Experiences of the Coping With Birth Trauma: A Psychoeducational Group Support Program https://connect.springerpub.com/content/sgrijc/11/3/112.abstract
PubMed	"childbirth" "psychological" "traumatic" "peer" support	7	1	Women's experiences of telephone-based peer support during the transition to parenthood https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.unibo.it/29762963/

Tre studi sono stati selezionati per la revisione.

Titolo	Autore – paese – anno	Popolazione	Outcome	Disegno	Domanda di ricerca	Limiti
<i>Healing trauma with interprofessional collaboration and trauma-informed perinatal care: A qualitative case study</i>	Holly Horan, Jean Ryu, Jennifer Stone, Lydia Thurston USA, 2021	Una donna multipara di 35 anni con pregresso trauma da parto	Effetti di un approccio TIC (69) (trauma informed care) sulla guarigione dal trauma	Case study	Giustapposizione dell'esperienza del soggetto alle Core Competence dell'IPEC (61) e della TIC	Il campione è troppo piccolo (una sola donna); il supporto tra pari è solo uno dei sei principi chiave del TIC
<i>A qualitative study of minority ethnic women's experiences of access to and engagement with perinatal mental health care</i>	Sabrina Pilav, Kaat De Backer, Abigail Easter, Sergio A. Silverio, Sushma Sundaresh, Sara Roberts & Louise M. Howard Regno Unito	18 donne britanniche appartenenti a una minoranza etnica, con diagnosi di difficoltà psicologiche peripartum	Tre temi, ognuno con due o tre sottotemi: essere donna all'interno di una minoranza etnica; influenze della famiglia e della comunità; comprensione della cultura, empowerment e legittimazione	Studio qualitativo	Esplorare le esperienze delle donne di minoranza etnica nell'accesso e nell'impegno con le cure di salute mentale perinatale.	Campione piccolo, composto solo da donne appartenenti a una minoranza, e a cui appartengono anche donne con una diagnosi diversa da PTSD; il supporto tra pari è uno dei sottotemi del terzo tema.
<i>Women's experiences of telephone-based</i>	Vanita Bhavanani,	12 donne che hanno utilizzato il	Ragioni che hanno spinto a chiamare;	Studio qualitativo	Esplorare i benefici percepiti per le donne	Di 12 donne, solo 6 hanno chiamato per eventi

<i>peer support during the transition to parenthood</i>	Mary Newburn Regno Unito	servizio di supporto tra pari telefonico gratuito messo a disposizione	esperienze con la helpine; benefici percepiti dalla donna.		nell'utilizzo di un numero gratuito di auto-mutuo-aiuto per donne in gravidanza e puerpere	collegabili ad un trauma da parto; sono incluse anche donne in gravidanza; campione limitato.
<i>Women's Experiences of the Coping With Birth Trauma: A Psychoeducational Group Support Program</i>	Nicola-Jade Roberts, Julie Jomeen, Gill Thomson Regno Unito, 2021	8 donne che hanno preso parte al programma	Sintomi di ansia, depressione, reazioni al trauma	Studio qualitativo	Esplorare l'esperienza delle donne e l'impatto percepito di un programma di supporto psicoeducativo di gruppo studiato per migliorare l'impatto negativo di un parto traumatico.	Si tratta di un risultato secondario; i facilitatori non sono pari ma sono professionisti della salute mentale

Dalla ricerca e da questa revisione è emerso quanto segue. Sebbene esistano numerosi articoli di periodici specializzati che suggeriscono l'utilizzo del supporto tra pari come complemento alla terapia tradizionale, o come alternativa ad essa in caso non vi si voglia ricorrere, molti studi che correlano in positivo il PTSD e il supporto tra pari, gli studi riguardanti la salute mentale nel postpartum e il supporto tra pari si concentrano quasi esclusivamente su altre patologie quali depressione e ansia, mentre il PTSD postpartum viene menzionato solo marginalmente; oppure gli studi sono aspecifici e trattano di un generico distress postparto, o altre condizioni che potenzialmente si legano al PTSD post partum (ricovero in TIN, emorragia del postpartum, placenta accreta), ma senza che venisse verificato se la donna avesse effettivamente sintomi di PTSD.

Il primo studio, un *case study*, "*Healing trauma with interprofessional collaboration and trauma-informed perinatal care: A qualitative case study*" pubblicato nel 2021 include il supporto tra pari tra i principi di quello che si chiama "*Trauma-informed perinatal care*" (25). La *Trauma informed care* o TIC è un approccio che vuole spostare l'attenzione da ciò che non va nella persona ("*What's wrong with you?*") alla sua storia nell'insieme ("*What happened to you?*") per migliorare l'orientamento alla cura in ambito sanitario (69), ed è composto dai sei principi chiave che includono il supporto tra pari. Nello specifico, il caso trattato riguarda una donna multipara di 35 anni che il cui primo parto era stato preceduto da un travaglio precipitoso con spinte comandate e si era concluso con una lesione dello sfintere anale, che la donna stessa descriveva come traumatico. Lo studio è stato condotto tramite un'intervista approfondita di 45 minuti, ed ha mostrato come un approccio *TIC* abbia aiutato la donna a creare fiducia col

personale ospedaliero che l'ha seguita e abbia reso possibile minimizzare una seconda traumatizzazione. Lo studio ha anche permesso di formulare una proposta di rinnovamento delle competenze chiave dell'IPEC, o *Interprofessional Education Collaborative*, un'associazione statunitense di formazione interprofessionale di ambito sanitario volta alla cooperazione e al miglioramento degli esiti di salute per il paziente, composta da ventuno associazioni professionali nazionali e rivolta agli istituti di formazione.

Il secondo studio, "*A qualitative study of minority ethnic women's experiences of access to and engagement with perinatal mental health care*", esplora l'esperienza di 18 donne di minoranza etnica nel Regno Unito all'interno del tema della salute mentale nel postpartum tramite la definizione di tre archi tematici: essere donna all'interno di una minoranza etnica; influenze della famiglia e della comunità; comprensione della cultura, empowerment e legittimazione. I dati sono stati raccolti tramite un'intervista semi strutturata. Le donne riferiscono di aver tratto beneficio dal gruppo di supporto tra pari a cui tutte hanno avuto accesso, che le ha fatte sentire meno sole e che ha portato alla nascita di una vera e propria rete di sostegno; tuttavia, si tratta di un campione piccolo e misto, composto da donne con diagnosi di PTSD da parto ma anche altre patologie quali ansia e depressione; inoltre, il supporto tra pari emerge solo marginalmente come sottotema del tema "legittimazione".

Il terzo studio, anch'esso qualitativo, *Women's experiences of telephone-based peer support during the transition to parenthood* esplora l'esperienza di donne che si sono rivolte a una helpline telefonica di supporto tra pari per affrontare le difficoltà legate a gravidanza e genitorialità; i dati sono stati raccolti tramite intervista semi strutturata. Di dodici, però, solo sei hanno telefonato e ricevuto sostegno per problemi riguardanti dei parti difficili. La soddisfazione è comunque stata buona.

Il quarto studio, sempre qualitativo, *Women's Experiences of the Coping With Birth Trauma: A Psychoeducational Group Support Program* è uno studio che intende esplorare gli effetti di un gruppo di supporto strutturato all'interno di un programma dal titolo "Coping With Birth Trauma" (convivere con un trauma da parto), condotto da due psicoterapeuti specializzati in trauma su tre gruppi di donne tramite sei incontri da due ore ciascuno, ognuno con un tema diverso. I tre gruppi hanno deciso di invitare anche degli oratori esterni (un'ostetrica, un esperto di scrittura creativa, uno psicoterapeuta specializzato in relazione genitori-figli, e una caposala). L'elemento di supporto tra pari non emerge dalla facilitazione, che è stata appunto svolta da professionisti, ma dalla relazione che si è creata tra le partecipanti, che riferiscono di essersi

sentite capite (molto più che dai propri familiari), meno sole, di aver sentito legittimazione per i propri sentimenti, comportamenti, e sensi di colpa. Le donne hanno coltivato il loro rapporto creando una chat di gruppo.

Questionario

Per raggiungere l'obiettivo è stato sottoposto alle partecipanti al gruppo di auto-mutuo-aiuto un questionario composto da 21 domande in forma anonima tramite Google Forms. Le domande con asterisco sono a risposta obbligatoria; l'ultima domanda è stata lasciata aperta, in modo che le donne fossero libere di decidere se rispondere. Le domande con asterisco sono obbligatorie; per una sola domanda è stata lasciata la libertà di rispondere o no.

1. Età*
 - a. Meno di 20 anni
 - b. 20-30 anni
 - c. Oltre i 40 anni
2. Qual è il tuo titolo di studio? *
 - a. Scuola elementare o inferiore
 - b. Scuola media
 - c. Diploma di scuola superiore
 - d. Laurea triennale o equivalente
 - e. Laurea magistrale o equivalente
 - f. Dottorato di ricerca o equivalente
3. Quante esperienze di parto hai avuto? *
 - a. Una
 - b. Più di una
4. Che tipo di parto è stato quello che hai vissuto come traumatico? *
 - a. Parto vaginale
 - b. Parto vaginale operativo (ventosa ostetrica) con o senza Kristeller
 - c. Taglio cesareo in travaglio
 - d. Taglio cesareo fuori dal travaglio
5. Quali elementi hai percepito come traumatici durante il tuo parto? (Puoi selezionare più di una risposta) *
 - a. Difficile comunicazione con gli operatori sanitari (non mi hanno spiegato cosa stessero facendo o perché)

- b. Manovre ostetriche invasive (ad esempio, ma non esclusivamente: visite ricorrenti, pressioni sull'addome, ventosa)
 - c. Mancanza di supporto emotivo durante il travaglio (ad esempio, ma non esclusivamente: ho dovuto partorire da sola/non ho sentito di essere sostenuta dal personale o dal mio partner)
 - d. Paura per il tuo benessere e/o il benessere del tuo bambino (ad esempio, ma non esclusivamente: io o il mio bambino siamo stati male durante il parto/dopo il parto)
 - e. Prolungamento dei tempi di ricovero
 - f. Senso di impotenza (ho subito delle azioni senza essermi potuta opporre)
 - g. Sensazione che il tuo benessere e volontà non fossero presi in considerazione (ad esempio, ma non esclusivamente: non hanno rispettato il mio piano del parto senza che io ne capissi il motivo, non hanno accolto le mie richieste sulla modalità del parto)
 - h. Delusione delle aspettative riguardanti il parto (è andata molto diversamente da come lo immaginavo o desideravo)
 - i. Io ho avuto bisogno di assistenza aggiuntiva a causa di quello che è accaduto durante il mio parto (ad esempio, ma non esclusivamente: sono rimasta ricoverata più a lungo, ho avuto bisogno di terapie farmacologiche aggiuntive, sono stata suturata nuovamente, ho dovuto vedere altri specialisti)
 - j. Il mio bambino ha avuto bisogno di assistenza aggiuntiva a causa di quello che è accaduto durante il mio parto (ad esempio, ma non esclusivamente: è stato ricoverato in neonatologia/TIN, ha avuto conseguenze permanenti, ha dovuto ricevere terapie farmacologiche)
 - k. Altro...
6. Quali sintomi vivi o hai vissuto dopo il tuo parto? (Puoi selezionare più di una risposta)
- *
- a. Rivivo il mio parto tramite flashback o pensieri che non riesco ad evitare
 - b. Cerco di non pensare a quanto accaduto evitando persone o situazioni che me lo potrebbero ricordare
 - c. Cambio spesso umore
 - d. Sono sempre vigile, ho paura che in qualsiasi momento possa succedermi qualcosa di brutto

- e. Faccio fatica a concentrarmi
 - f. Non riesco a dormire bene per motivi diversi dal prendermi cura del mio bambino
 - g. Non riesco prendermi cura del mio bambino e a svolgere le faccende quotidiane, ho bisogno di aiuto continuo
 - h. Penso a farmi del male/mi sono già fatta del male
 - i. Nulla
 - j. Altro...
7. Hai ricevuto una diagnosi di PTSD (Disturbo da Stress Post-Traumatico) a seguito del parto? *
- a. Sì
 - b. No
8. Stai seguendo una psicoterapia? *
- a. Sì, da prima del parto
 - b. Sì, da dopo il parto
 - c. No
9. Sei attualmente in trattamento farmacologico? (La domanda riguarda i farmaci per la salute mentale) *
- a. Sì, da prima del parto
 - b. Sì, da dopo il parto
 - c. No
10. Prima del parto soffrivi già di altre difficoltà psicologiche? (ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo da stress post traumatico, altro) *
- a. Sì
 - b. No
11. Avevi già precedentemente paura di affrontare il parto? *
- a. Sì, e non avevo mai partorito
 - b. Sì, ed avevo già partorito
 - c. No
12. Immagina di essere di fronte a una donna che ha sofferto di trauma post-partum. Che tipo di supporto le consiglieresti? (Puoi selezionare più di una risposta) *
- a. Gruppo di supporto
 - b. Terapia individuale

- c. Terapia di gruppo con un professionista della salute mentale
 - d. Supporto familiare
 - e. Altro...
13. Che benefici hai avuto dal gruppo? (Puoi selezionare più di una risposta) *
- a. Non mi sono sentita giudicata
 - b. Mi sono sentita alla pari
 - c. Mi sono sentita compresa
 - d. Mi sono sentita meno sola
 - e. Parlare con persone che hanno vissuto un'esperienza simile mi hanno aiutato ad elaborare il mio trauma
 - f. Mi sono sentita meno "strana" perché provo sentimenti difficili o contrastanti
 - g. Altro...
14. In che modo paragoneresti l'esperienza col gruppo alla terapia tradizionale? *
- a. non seguo terapia tradizionale
 - b. La partecipazione al gruppo è PIU' efficace della terapia tradizionale
 - c. La partecipazione al gruppo è MENO efficace della terapia tradizionale
 - d. Sono alla pari, si completano a vicenda
15. In che modo sei venuta a conoscenza del gruppo? *
- a. tramite il personale sanitario
 - b. tramite amiche/conoscenti
 - c. l'ho cercato autonomamente
 - d. Altro...
16. Come ha influito la tua esperienza sul desiderio di altre gravidanze? *
- (Risposta aperta)
17. Hai seguito un corso preparto in almeno una delle tue gravidanze? *
- a. Sì, pubblico
 - b. Sì, privato
 - c. No
18. Ti sei sentita supportata dal partner, se presente, o dalla tua rete familiare? *
- a. Sì
 - b. No

19. In quali fasi della gravidanza avevi coinvolto il partner o altra persona di supporto?
(Esempio: corso preparto, visite in gravidanza, altri corsi, visita sul luogo del parto ecc.). Se non l'hai fatto, scrivilo. *

(Risposta aperta)

20. Cosa consiglieresti al personale sanitario sulla base della tua esperienza? *

(Risposta aperta)

21. Se vuoi, aggiungi qualche parola per descrivere la tua esperienza (del parto, del gruppo, entrambe)

(Risposta aperta)

Risultati del questionario

Dati sociodemografici

Al questionario proposto hanno accettato di rispondere dieci donne su dodici partecipanti al gruppo; una di loro ha tra i 20 e 30 anni, sei di loro hanno tra i 31 e 40 anni e tre di loro hanno oltre i 40 anni. Su dieci, una sola ha il diploma di scuola superiore; le restanti nove hanno un titolo di laurea triennale (due), magistrale (sei), o dottorato di ricerca (una). Sette donne su dieci hanno avuto una sola esperienza di parto.

Dati antecedenti al parto

Prima del parto traumatico, solo due su dieci avevano già difficoltà psicologiche (inclusi, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo da stress post traumatico, o altro) e solo tre di loro avevano già paura di affrontare il parto senza averne avuto esperienza. Tutto il campione ha seguito un corso preparto, sette in pubblico e tre in privato. Tutte hanno coinvolto il partner o una persona di scelta nel percorso gravidanza. Questa domanda, aperta, ha ricevuto le seguenti risposte (la somma è maggiore di dieci perché alcune risposte si sovrappongono):

- Tutte/in tutto (4 volte)
- Visite (3 volte)
- Ecografie (1)
- Corso preparto (3)
- Preparazione casa (1)
- Una donna ha risposto “il mio partner è stato coinvolto in tutte le fasi della gravidanza, ma purtroppo, dato che ci trovavamo in piena pandemia, ero sola durante quasi tutte le visite e purtroppo, anche durante il cesareo ed i due giorni post-operatori (senza bambino, tra l’altro, perché ricoverato in TIN in un altro ospedale). Il corso preparto l’abbiamo fatto insieme perché online.”
- Una donna ha risposto “Tutte, forse troppe”

Tipo di parto

Del gruppo, solo una donna ha avuto un parto vaginale senza interventi ulteriori. Quattro di loro hanno avuto un parto vaginale con ventosa (sono incluse anche le ventose con manovra di Kristeller), due di loro un taglio cesareo fuori travaglio, e tre un taglio cesareo in corso di travaglio.

Criticità legate al parto

La domanda “Quali elementi hai percepito come traumatici durante il tuo parto?” è stata posta come quesito a scelta multipla con più di una risposta possibile, con dieci risposte preimpostate e una casella per le risposte libere.

Tutte le donne hanno dichiarato che le loro aspettative del proprio parto sono state deluse; le risposte riguardanti difficile comunicazione con gli operatori e paura per il proprio benessere o del proprio bambino hanno ricevuto sette voti ciascuna; le risposte sulla mancanza di supporto in travaglio (da parte di operatori o partner), sul senso di impotenza e sulla sensazione che il proprio benessere e le proprie volontà venissero ignorate hanno ricevuto sei voti ciascuna; la risposta sulle manovre ostetriche invasive ha ricevuto cinque voti; le due risposte sulle cure aggiuntive per madre e neonato hanno ricevuto quattro voti ciascuna; tre donne hanno visto il proprio ricovero prolungato.

La casella a risposta libera ha ricevuto le seguenti risposte:

“Sindrome post traumatica da stress con supporto psicologico e psichiatrico, peggioramento del quadro clinico (fibromialgia) che mi impediscono di occuparmi efficacemente di mia figlia a 4 anni dal parto, problemi di coppia col padre della bambina.”

“Il mio consenso non è stato informato, perché nessuno lo ha fatto”

“Per via di un'induzione a cui è seguito cesareo mi sono convinta che il protocollo sanitario abbia prevalso sulla mia specifica situazione, in cui il termine di una gravidanza fisiologica e bellissima è diventato un momento di coercizione istituzionale e successivamente trauma da intervento chirurgico inaspettato.”

Dopo il parto

Alla domanda “Quali sintomi vivi o hai vissuto dopo il tuo parto?”, posta come quesito a scelta multipla con nove risposte preimpostate e una casella di risposta libera.

Sette donne hanno riferito di avere flashback e pensieri intrusivi; i cambiamenti d'umore e le difficoltà di concentrazione hanno ricevuto tre risposte ciascuna; iperarousal, cambiamenti d'umore, insonnia e difficoltà nella cura del bambino hanno ricevuto due risposte ciascuna; una donna ha dichiarato di non avere sintomi,

La casella delle risposte aperte ha ricevuto quanto segue:

“Forte rabbia”

“Rabbia contro tutti, specialmente il mio bimbo e mio marito”

“Sensazione di non avere il controllo della mia vita e del mio corpo.”

Del gruppo, solo tre di loro hanno ricevuto una diagnosi ufficiale di PTSD a seguito del parto. Quattro fanno psicoterapia da prima del parto, quattro fanno psicoterapia da dopo il parto, e due non fanno alcun tipo di psicoterapia. Nove di loro non seguono una terapia farmacologica, una la segue da dopo il parto.

La domanda a risposta aperta sull'effetto che il parto traumatico ha avuto sul desiderio di avere altre gravidanze ha ricevuto otto risposte (due donne si sono astenute dal rispondere), riportate qui di seguito:

“Nettamente. Non avrò altre gravidanze se non mi venga assicurato il parto cesareo programmato.”

“Vorrei comunque un secondo figlio, ma ho un po' di timore. Sicuramente cercherò di scegliere bene il luogo del parto, sapendo che comunque si possono essere sempre delle sorprese. La cosa importante però è essere trattato con rispetto ed empatia lasciandomi il più possibile "agency" sul mio corpo e quello del mio bambino.”

“Speravo che la seconda gravidanza /parto fosse riscattante; invece, causa nuovo cesareo (sta volta programmato) e assenza del figlio in camera è stata frustrante ugualmente”

“Non ha influito”

“Non sull'averne un'altra gravidanza, ma sul tipo di parto che volevo”

“La mia esperienza mi ha fatto capire molto bene che la gravidanza ed il parto possono andare in modi molto diversi da quello che ci si aspetta o che anche solo si conosce, quindi nel considerare una seconda gravidanza, sto prendendo in considerazione molto seriamente le varie eventualità.”

“A volte penso di voler avere una seconda gravidanza nella speranza che le cose vadano diversamente ma so che non è una motivazione 'giusta' e 'valida'.”

“Negativamente”

Esperienza col gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Una delle donne che hanno risposto ha partecipato alla creazione del gruppo; tre ne sono venute a conoscenza tramite il personale sanitario; tre l'hanno cercato autonomamente; una l'ha conosciuto tramite amiche, una tramite lo spazio mamma e una tramite la propria ostetrica e la propria doula.

La domanda "Che benefici hai avuto dal gruppo?" è stata posta come quesito a scelta multipla come più di una risposta possibile e una casella di risposta libera. Tutte le partecipanti si sono sentite meno sole; otto si sono sentite comprese; il supporto alla rielaborazione del trauma e la validazione di sentimenti difficili e contrastanti hanno ricevuto rispettivamente sette voti ciascuna; il non sentirsi giudicate ha ricevuto cinque voti, e il sentirsi alla pari quattro. Dalla casella a risposta libera sono emerse le seguenti risposte:

"Confronto e condivisione del trauma"

"Non mi sono più sentita pazza per il dolore che provavo"

Cinque partecipanti ritengono che la terapia tradizionale e il gruppo di auto mutuo aiuto si completino a vicenda; due lo trovano meno efficace della terapia tradizionale; una lo trova più efficace; due non seguono terapia tradizionale.

La domanda riguardante che cosa le partecipanti consiglierebbero ad un'altra donna con trauma da parto è stata posta come quesito a scelta multipla come più di una risposta possibile e una casella di risposta libera. Tutte consiglierebbero il gruppo di supporto (dieci voti); sette la terapia individuale; terapia di gruppo con un professionista e supporto familiare hanno ricevuto rispettivamente sei voti. La casella a risposta aperta ha ricevuto quanto segue: *"Gruppi di Auto Mutuo Aiuto"* (i gruppi AMA erano intesi come inclusi nella categoria "gruppi di supporto"; la formulazione della risposta non è stata forse sufficientemente chiara); *"arteterapia"*; *"Confronto con professionisti sanitari per comprendere meglio quello che è successo durante il parto"* (debriefing post-parto).

La penultima domanda "Cosa consiglieresti al personale sanitario sulla base della tua esperienza?", a risposta aperta, voleva essere un'opportunità per le donne di fare sentire la propria voce, e ha ricevuto le seguenti risposte:

"Ascolto delle volontà della partoriente"

"Ricordatevi che siamo esseri umani, non numeri o casi. Il parto è un momento forte, intimo e potente, lasciateci viverlo. Il primo incontro con il nostro bambino è prezioso, rispettate questo"

miracolo. Grazie per quello che fate ma non dimenticate il lato umano. Siete testimoni della meraviglia della vita e salvate tanti noi. Non dimenticate però che il fine non giustifica i mezzi.”

“Di comunicare sempre e in modo tempestivo di quello che succede con la partorientente, di essere a conoscenza di questi eventi traumatici e di parlarne con la futura mamma”

“Di rivalutare i tempi individuali di gestazione al fine di indurre meno i parti (causando cesarei d'emergenza) e di consentire davvero anche post cesareo di tenere il bimbo addosso e poterlo avere subito...”

“Imparare il valore del consenso”

“Professionalità: il consenso non è un concetto astratto. empatia: parlare durante il mio parto di altro e sparire alla fine di esso,, abbandonarmi a me stessa in una stanza, lasciarmi sporca di sangue, infilarmi il seno in bocca a mio figlio mentre ero in preda al dolore post intervento, lasciarmi andare a casa con il seno rotto e nessun consiglio sull'allattamento, sminuire le mie sensazioni ed emozioni, non quantificare il mio dolore, non lasciarmi libera di muovermi, indurmi senza motivo, e praticarmi un cesareo non necessario, sono tutte pratiche che con una comunicazione empatica ed efficace sarebbero state esperienze non traumatiche come invece sono state.”

“Ho fatto un cesareo d'urgenza in un ospedale (Bentivoglio) e mio figlio è stato mandato subito dopo in un'altra struttura (Maggiore) perché necessitava urgentemente di terapia intensiva. Mentre nel primo ospedale, nonostante quello che mi è successo, mi sono sentita trattata in maniera molto dolce ed umana, nel secondo ho ricevuto un'assistenza che, per quanto di alta qualità medica, è stata molto discontinua dal punto di vista interpersonale.”

“Mi spiego meglio: alcunx OSS, infermierx, dottoressx erano in grado di parlarmi in maniera comprensiva e rassicurante, altre per niente. E per niente intendo che spesso sono stata trattata in maniera molto fredda e dura, in un momento davvero delicato in cui non mi sono mai trovata nella vita. Consiglierei caldamente l'integrazione di una persona che faccia mediazione tra il genitore (soprattutto per quello che ha appena partorito, che è in uno stato molto particolare) ed i medici in TIN e pediatria, così che i professionisti possano fare bene il loro lavoro e non "traumatizzino" i genitori in maniera casuale per mancanza di tempo, concentrazione, formazione psico-emotiva. Ripeto, una figura che faccia da mediazione tra i genitori ed i medici in un momento così delicato come il post parto, ed in un luogo così sensibile (per tuttx) come un reparto di terapia intensiva neonatale.”

“Essere più empatici, accoglienti emotivamente e svolgere il proprio lavoro con la voglia e il desiderio di aiutare la madre. Dare parole di conforto”

“Integrare la dimensione psico emotiva della gestante nel percorso nascita e presa in carico.”

“Di essere più attenti ed empatici”

L'ultima domanda, a risposta volontaria e aperta, intendeva lasciare spazio alle donne di raccontare il loro vissuto se lo desideravano, e ha ricevuto cinque risposte:

“Esperienza disumana. Inutilmente traumatica. Evitabile. Gratuita. Dettata dalle politiche sanitarie di taglio delle spese economiche, mancanza di cultura generale del rispetto della donna e della paziente, noncuranza del volere della paziente, mancanza di AUTODETERMINAZIONE a della paziente nell'esperienza di parto (credere di sapere cosa sia meglio per lei fisicamente e psicologicamente), sistema che si copre e non permette di attribuire responsabilità nel trauma della paziente, la gestante vista sempre come un'instabile emotiva, totale mancanza di sensibilità.”

“Ho vissuto un parto con tanti alti e tanti bassi. La mia bambina è nata anche leggermente prematura, quindi purtroppo ho vissuto anche la separazione da lei subito dopo il parto. Il gruppo e una terapia individuale mi hanno aiutata ad accettare questa esperienza, vederne il bello e il brutto e trovare pace per la nostra famiglia. Allo stesso tempo vorrei che le cose migliorassero per tutte e quindi mi fa sempre piacere a partecipare in progetti legati a questa tematica.”

“La difficoltà maggiore nel post-parto e che sei da sola, emotivamente intendo, tutto il dolore che provi derivante dal trauma lo devi affrontare da sola e le persone affianco a te, per quanto ti amino, sono incapaci molto spesso di aiutarti, di sostenerti. Qui poi si aprirebbe un dibattito sul perché è così difficile sostenere una donna nel post-parto, ma il concetto è che sapere di non essere sola, che ci sono persone che ti capiscono e ti accolgono con tutte le tue emozioni incasinate e una coccola. Non ti fa guarire, il dolore non sparisce, ma tu sai che quello che provi è legittimo, e puoi iniziare ad avere qualcuno che ti sostiene, perché la sua storia è simile alla tua e questo è davvero prezioso in un cammino di ripresa difficile.”

“Esperienza negativa che ricorderò per sempre”

“Senso di estrema solitudine nonostante un'effettiva rete di familiari e specialisti a disposizione”

“La violenza ostetrica non è solo quello che viene fatto senza il consenso della paziente ma anche al contrario quello che non viene fatto per aiutare la paziente a partorire e le viene negato il diritto di autodeterminarsi nel momento più importante e intimo della sua vita.

La sicurezza è importante ma a volte con la scusa della sicurezza medica vengono messi in atto dei componenti lesivi della persona.

Per esempio, il setting non va nella direzione del benessere della diade madre bambino ma dell'efficienza dell'equipe medico sanitaria.

I tempi troppo prolungati prima, durante il parto possono snervare la psiche della paziente, quindi, non bisogna solo pensare a rispettare la fisiologia del parto (che quando viene indotto fisiologico non è) e bisognerebbe concordare con la paziente il metodo meglio sopportato dalla paziente anche a livello di tempistiche per non arrivare a portare la paziente all'esaurimento delle sue energie fisiche e mentali.

In più non c'è la cultura della fiducia nei confronti della paziente che non viene creduta, viene mortificata e denigrata continuamente.

Potrei portare milioni di esempi.

Non c'è la cultura di lasciare alla paziente il tempo di adeguarsi alle situazioni ma è lei che si deve adeguare all'organizzazione sanitaria come se fosse un numero e non una persona.

Non c'è la cultura di spiegare quello che sta succedendo, quello che viene o non viene fatto e i motivi per cui vengono prese determinate decisioni dal personale medico sanitario.

Non c'è nemmeno la cultura di spiegare alla paziente come fare per agevolare le operazioni che permettano al parto di progredire nella maniera più celere possibile.

Come se una donna che non ha mai partorito sapesse come fare. A me non hanno spiegato per esempio come spingere, mi dicevano solo che spingevo troppo o troppo poco.

Non c'è la cultura di sostenere la donna nelle sue scelte e nelle sue volontà come se il bene della paziente fosse soltanto medico e non psicologico e non si va incontro alle volontà della paziente che non viene creduta e viene trattata alla stregua di una pazza, malata di mente.

Siamo lontani dal rispetto di madre e bambino e dal rispetto dell'autoderminazione al parto (nella misura in cui sia sicuro ma anche congeniale alla paziente che spesso sarebbe anche disposta a pagare per avere dei servizi migliori o più adeguati alle proprie esigenze.

Posso affermare con certezza che le uniche donne che non hanno avuto un trauma da parto non l'hanno avuto perché hanno avuto la fortuna di avere un parto semplice. Tutte le altre sono traumatizzate dalla sala parto.

E il costo di una sindrome da stress post traumatico per il sistema sanitario nazionale posso assicurarvi (anche perché ci lavoro e ne conosco le dinamiche perfettamente) è molto più alto che rendere adeguato il parto.

Non c'è alcuna assistenza dopo il parto o nessun modo in cui il padre possa assistere la madre adeguatamente.

Non vengono impiegati tutti i mezzi possibili per ridurre al minimo la sofferenza fisica e mentale della paziente.

Nel setting della sala parto non viene minimamente presa in considerazione la privacy della paziente anche quando non è necessario entrare in sala parto dal personale il più svariato.

Nella cartella clinica non vengono indicati tutti gli operatori in turno nel periodo che la paziente ha partorito in modo tale che sia più facile per lei identificare un operatore soggetto di violenza ostetrica. La prima cosa che dovrebbe essere detta quando si è in presenza della paziente è quale sia il proprio ruolo e il proprio nome (spesso i cartellini identificativi sono girati apposta perché non vengano visti). E comunque dovrebbe essere dichiarato perché in quei momenti potrebbe essere difficile leggere un cartellino.

Tutto quello che viene fatto (se non per motivi di estrema e reale urgenza) va spiegato prima e acquisito il consenso e spiegato il motivo e se questo per urgenza non è possibile questo va fatto appena possibile.

Anche le cose che vengono chieste dalla paziente e vengono negate devono essere debitamente motivate e non in modo generico o per nulla o addirittura mortificare la paziente che lo ha chiesto.

[...] ho avuto un parto indotto per tre giorni con tre metodi diversi [...] dopo 4 ore che la bambina era in vagina e le vedevo i capelli ma non riusciva ad uscire e ho chiesto l'uso della ventosa, [inizialmente] negatomi. [...] il parto è avvenuto al cambio turno medico, 13 minuti dopo il cambio turno, parto operativo, due kristeller, non mi hanno lasciato nessun tempo a tre in sala parto per riprendermi, non mi hanno nemmeno accompagnato al letto [...] sono svenuta camminando.

Capitolo 3: Discussione

Elaborazione delle risposte al questionario

Il questionario sottoposto al gruppo è stato strutturato per valutare dati sociodemografici (età, parità, livello di scolarizzazione), sintomi compatibili con il PTSD del postparto, possibili fattori di rischio e fattori protettivi (questi ultimi ricalcando parzialmente la revisione della letteratura a cui si è fatto riferimento nel background, *Contributing Factors, Protective Elements, and Treatments for Postpartum PTSD: A Systematic Review*), desiderio di ulteriori gravidanze, utilità percepita del gruppo, e in ultimo, per accogliere la voce di queste donne, sono stati chiesti suggerimenti agli operatori sanitari ed è stata lasciata aperta la possibilità di convivere dei pensieri liberi sulla propria esperienza.

Innanzitutto, era necessario capire la situazione antepartum delle donne coinvolte. Per quanto riguarda i fattori di rischio, in primo luogo, sono stati indagati i fattori biopsicosociali. Nove partecipanti su dieci hanno un'età superiore ai 30 anni, e sette su dieci hanno avuto un solo parto. Questo risulta interessante, in quanto uno studio del 2018 (3) suggerisce una correlazione tra PTSD del postparto e età materna avanzata combinata con la primiparità, anche se questa correlazione richiederebbe uno studio maggiormente approfondito per essere confermata (47). Tutte le partecipanti hanno un livello alto di scolarizzazione; un basso stato socioeconomico è considerato un fattore di rischio. Un ulteriore elemento indagato è stato la presenza di eventuali altri fattori di rischio antepartum, nello specifico la paura del parto, dichiarata solo da tre donne su dieci, e difficoltà psicologiche precedenti, segnalate solo da due donne su dieci.

Sono stati indagati anche due fattori considerati fortemente protettivi contro il trauma: la presenza di un partner o di una persona scelta di supporto durante tutta la gravidanza (la protezione deriva dalla sensazione di sostegno percepita) e la partecipazione ad un corso di preparazione al parto. Tutte le donne incluse nel campione hanno coinvolto il proprio partner o persona scelta nel corso della gravidanza, e tutte hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita.

Ci troviamo dunque davanti ad un gruppo di donne altamente scolarizzate, capaci di sostenere una conversazione fluida in lingua italiana (dato che gli incontri del gruppo si tengono in italiano e tutte le donne sono riuscite rispondere alle domande del questionario in italiano, anche argomentando laddove necessario), con una persona di supporto accanto e con il bagaglio di competenze sulla nascita derivanti dal corso. Questo fa presupporre una buona comprensione

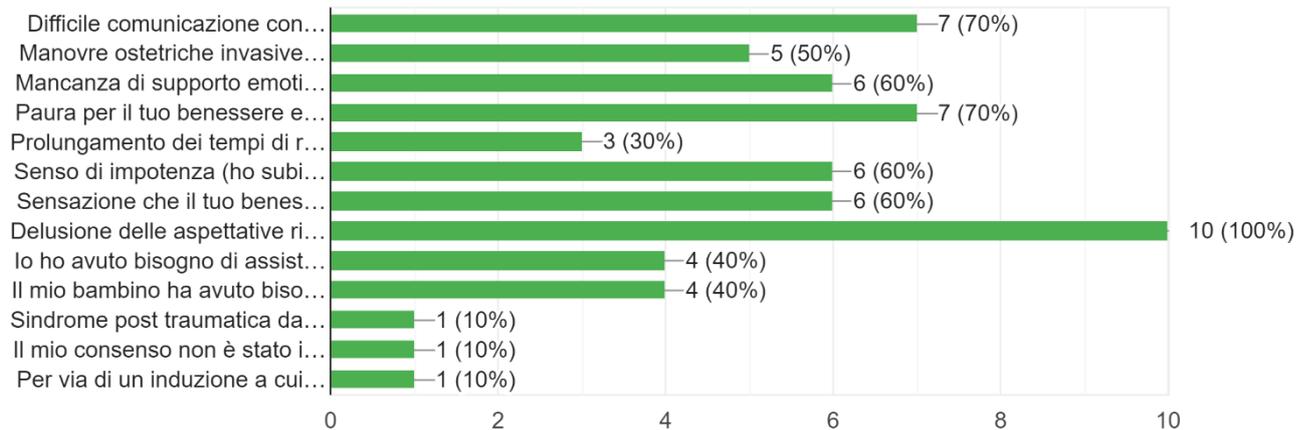
dell'ambiente circostante, e un buon grado di preparazione al travaglio e al parto. Ciononostante, tutte le donne hanno riferito di aver visto deluse le proprie aspettative e non si sono sentite supportate dal proprio partner o rete familiare; sarebbe quindi interessante indagare quali siano state le interferenze al supporto del partner o del familiare durante il travaglio, oppure se la sensazione di mancanza di sostegno sia arrivata dopo, nonostante un buon accompagnamento durante il travaglio, o anche se la mancanza di supporto da parte degli operatori sanitari sia stata preponderante, e abbia prevalso sulla vicinanza del familiare. Inoltre, sarebbe anche utile capire quanto il corso preparato le avesse preparate all'eventualità che qualcosa potesse andare in maniera diversa, visto che i corsi tendono generalmente a concentrarsi prevalentemente sulla fisiologia del parto e tendono ad evitare di parlare di patologia per non spaventare le donne.

Esclusa la presenza di significativi fattori di rischio antepartum, si è passati alla valutazione dei fattori di rischio intrapartum. Il primo grande fattore di rischio è la modalità del parto, con focus su parti operativi e tagli cesarei: nel gruppo, solo una donna su dieci ha avuto un parto vaginale senza interventi ulteriori. Un secondo fattore di rischio considerevole riguarda il vissuto del parto e le aspettative verso di esso; questo secondo aspetto, come precedentemente spiegato, fa parte in generale dello spettro del trauma (30). Tutte le donne coinvolte hanno dichiarato di aver avuto un vissuto negativo del proprio parto; in particolare, come precedentemente accennato, tutte hanno visto deluse le proprie aspettative (le aspettative irrealistiche sono un fattore di rischio maggiore ma il realismo è un criterio di difficile indagine). La maggioranza ha vissuto come difficile la comunicazione con gli operatori (nello specifico, non è stato loro spiegato cosa stesse succedendo e perché), questo nonostante la comunicazione non fosse ostacolata dalle competenze linguistiche e culturali delle donne, e avrebbe dovuto risultare fluida. La maggioranza ha avuto paura per il proprio benessere o quello del proprio bambino, hanno vissuto un senso di impotenza e non hanno sentito che la loro volontà venisse considerata (una di loro ha dichiarato di aver vissuto il proprio parto come coercizione, un'altra ha affermato che non le è stato chiesto il consenso); anche questi sono fattori di rischio molto significativi così come lo sono le manovre ostetriche invasive, praticate su metà del gruppo; infine, quattro donne e quattro bambini hanno dovuto ricevere cure ulteriori a causa di quanto successo durante il parto, e anche questo può contribuire ad esacerbare la percezione negativa del proprio parto. La prevalenza di fattori di rischio per lo sviluppo del PTSD all'interno del gruppo è molto alta, poiché tutte le donne ne hanno almeno uno, cioè le aspettative infrante, e hanno una media di

5,8 fattori di rischio per ogni donna (media ottenuta sommando il numero di risposte ottenute e dividendola per il numero delle donne).

Quali elementi hai percepito come traumatici durante il tuo parto? (Puoi selezionare più di una risposta)

10 risposte



Si può quindi dedurre che sia stato l'evento parto ad incidere maggiormente sul trauma, nello specifico, quello che è successo e come è stato gestito dagli operatori.

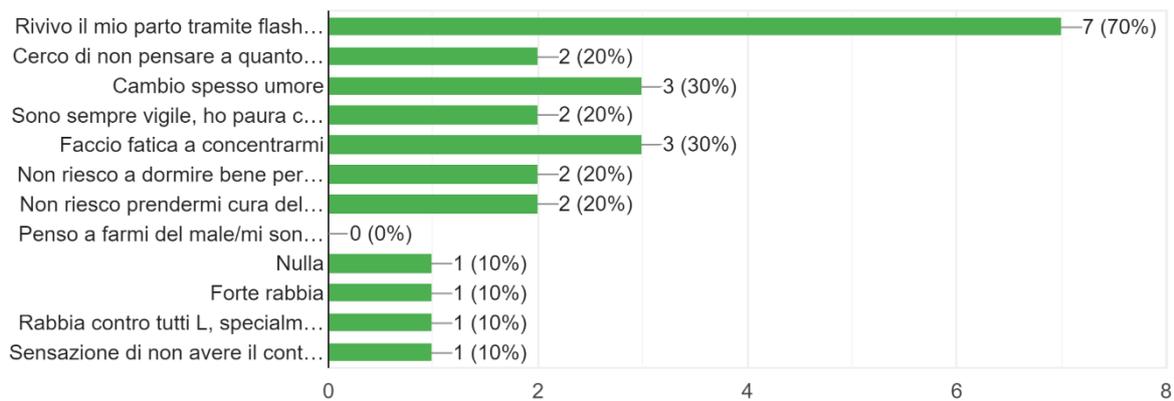
Proseguendo con la valutazione del campione, è stata indagata anche l'effettiva presenza di sintomi di PTSD. La maggioranza (sette) ha dichiarato di avere flashback; gli altri sintomi (evitamento, cambiamenti d'umore, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione, insonnia, difficoltà nel prendersi cura del proprio bambino) sono stati segnalati solo da due o tre donne.

Tre donne solamente hanno riferito di avere ricevuto diagnosi di PTSD del post-partum (questo risultato è compatibile con l'idea che il PTSD del post-parto sia un disturbo sottodiagnosticato, ma la grandezza del campione non consente di trarre questa conclusione a livello statistico). Si potrebbe pensare che siano queste tre donne a vivere il resto dei sintomi elencati, e quindi, che i due o tre voti per ogni sintomo provengano da loro; tuttavia, non si può escludere di trovarsi davanti a dei quadri parziali di PTSD, ed è bene ricordare che anche i quadri parziali possono essere invalidanti e meritano di essere considerati. Una donna ha dichiarato di non vivere nulla di tutto questo, e quindi probabilmente le conseguenze del suo parto sono diverse dal PTSD; due hanno segnalato forte rabbia e una ha riferito di non sentirsi in controllo del proprio corpo e della propria vita, entrambi sentimenti correlati sia al PTSD sia alla depressione del post-partum. Solo una di loro segue terapia farmacologica e quattro di loro fanno psicoterapia da

dopo il parto (altre quattro lo facevano già prima, quindi non è possibile valutare questo elemento). Anche da sola, la presenza di flashback, che possono essere scatenati da qualsiasi situazione (nel PTSD del post-partum anche semplicemente l'occuparsi del proprio bambino) genera ansia e rende difficile svolgere le attività quotidiane, e per questo anche il quadro delle donne senza diagnosi ufficiale sarebbe meritevole di approfondimenti in questo senso, in modo che ognuna possa strutturare un percorso adeguato alle proprie esigenze.

Quali sintomi vivi o hai vissuto dopo il tuo parto? (Puoi selezionare più di una risposta)

10 risposte



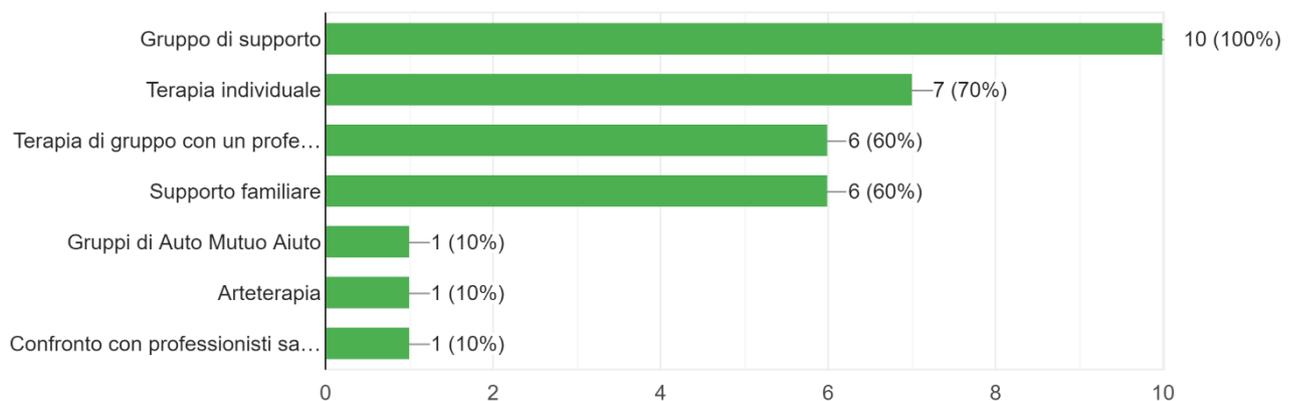
Successivamente è stato chiesto alle donne come il trauma abbia influito sul desiderio di avere gravidanze. Questa domanda ha ricevuto otto risposte; due donne hanno preferito non rispondere. Le risposte sono state molto diverse tra loro, ma sono accomunate da sentimenti negativi e di disillusione sul parto (“ho timore [...] ci possono essere sempre delle sorprese”; “la gravidanza ed il parto possono andare in modi molto diversi da quello che ci si aspetta”) o sulla sua modalità (“[ha influito] sul tipo di parto che volevo; “Non avrò altre gravidanze se non mi venga assicurato il parto cesareo programmato”); due donne sono accomunate dal desiderio di riscattarsi dall’esperienza.

Dopo aver inquadrato le partecipanti al questionario, si è passati alla valutazione della loro percezione dell’esperienza nel gruppo di auto-mutuo-aiuto. Dalle risposte ricevute è possibile affermare che l’esperienza si è rivelata assolutamente positiva per tutte. Tutte le donne consiglierebbero ad un’altra donna nella loro situazione di frequentare un gruppo di AMA; oltre metà di loro la consiglierebbero in abbinamento alla terapia individuale, terapia di gruppo con un professionista della salute mentale, o supporto familiare; questa risposta è consistente con la percezione di efficacia del supporto tra pari da parte di queste donne, indagata in tramite una

domanda successiva: metà delle donne considera l'esperienza del gruppo complementare alla terapia tradizionale. Analogamente a quanto riportato nel quarto studio *Women's Experiences of the Coping With Birth Trauma: A Psychoeducational Group Support Program*, tutte le donne riferiscono unanimemente di essersi sentite meno sole; la maggioranza di loro si è sentita capita, ha percepito del beneficio nel riuscire a rielaborare il proprio trauma tramite il confronto con le altre e ha visto legittimati i propri sentimenti difficili e contrastanti (ad esempio, la rabbia verso il proprio figlio riferito da una di loro).

Immagina di essere di fronte a una donna che ha sofferto di trauma post-partum. Che tipo di supporto le consiglieresti? (Puoi selezionare più di una risposta)

10 risposte



Questi risultati si trovano in accordo con la letteratura presentata nel background di questo elaborato e anche con i risultati della revisione, che, per quanto non permettano di valutare i dati raccolti in maniera statisticamente significativa, suggeriscono una correlazione positiva tra supporto tra pari e miglioramento della qualità della vita delle donne.

Anche da un campione così limitato emerge chiaramente che il supporto tra pari, il confronto con una persona che “ci è già passata” ha un valore aggiunto inestimabile rispetto alla terapia tradizionale, seppure questa sia efficace, perché i gruppi di Auto Mutuo Aiuto limitano l'isolamento, promuovono il senso di comunità, l'empowerment, la cittadinanza attiva, e sono doppiamente efficaci poiché hanno effetto anche sul facilitatore, che migliora la propria fiducia in sé e, attraverso la narrazione, rielabora continuamente il proprio trauma traendone degli elementi positivi. Ancora meglio se, come in questo caso, il facilitatore è formato, e sa cosa dire, e soprattutto come dirlo. Il supporto è continuo, visto che non di rado si formano reti di persone che restano in contatto anche al di fuori degli incontri (questo è avvenuto sia tra le

donne del quarto studio della revisione sia tra le donne del gruppo preso in esame); tutto questo a fronte di costi molto contenuti: i facilitatori sono spesso volontari, è sufficiente avere una stanza con delle sedie in cui le persone possano riunirsi. Una combinazione di supporto tra pari potrebbe essere la strada migliore: lo sostengono anche le donne coinvolte in questo questionario. Questi risultati meritano di essere indagati su campioni più ampi, individuando degli outcome misurabili che possano essere valutati anche da un punto di vista statistico. Ad ora, questo tipo di ricerca è totalmente assente.

Implicazioni per la ricerca

Una sola metanalisi e revisione sistematica pubblicata nel 2021 si concentra specificatamente sull'efficacia degli interventi condotti per migliorare il benessere psicologico dei genitori che hanno vissuto un parto traumatico, e include otto studi per la revisione della letteratura, e sei per la metanalisi. I risultati suggeriscono che una combinazione di supporto tra pari di gruppo e terapia a uno potrebbe essere di maggior beneficio rispetto alla sola terapia tradizionale, e invitano a condurre ulteriori studi (46).

Attualmente, è in corso uno studio il cui protocollo è stato pubblicato nel 2020, dal titolo *Mental health of Urban Mothers (MUM) study: a multicentre randomised controlled trial, study protocol*, che ha l'obiettivo di esplorare l'efficacia di risorse online di supporto tra pari nel ridurre il rischio e la gravità dei disturbi mentali perinatali e prevenire gli outcome negativi della gravidanza tra le donne incinte che vivono in contesti urbani metropolitani. Lo studio, che è iniziato nel 2022 si stima terminerà nel 2024, viene attualmente svolto a Stoccolma e dovrebbe coinvolgere un campione di 200 madri.

Alla luce dell'attenzione che la regione Emilia-Romagna sta ponendo sul supporto tra pari, come precedentemente illustrato, si rende necessario esplorare ulteriormente l'efficacia di questo tipo di intervento sul PTSD del postparto, in modo da poterli affiancare in maniera sistematica alla terapia tradizionale, qualora si riveli efficace, anche all'interno delle istituzioni; idealmente, le candidate andrebbero selezionate tramite il questionario City BiTS, il più specifico e aggiornato tra i due.

Implicazioni per la pratica

Il questionario ha voluto lasciare aperta alle donne una finestra per raccogliere i loro pensieri e le loro richieste agli operatori sanitari. Ciò che desiderano è semplice e complesso allo stesso tempo: migliore comunicazione, rispetto dei tempi individuali e maggiore flessibilità dei

protocolli (in particolare, due mamme hanno vissuto come non necessaria la loro induzione), maggiore cura della dimensione psicoemotiva, rispetto del consenso e della volontà, rispetto della sacralità del momento della nascita, maggiore empatia e conforto nelle situazioni traumatiche. L'ostetrica della sala parto, in particolare, che si fa carico di un momento così delicato, ed è in grado di instaurare un rapporto di fiducia con la partoriente, svolge un ruolo chiave nella comunicazione e tramite il proprio lavoro può fare la differenza nel vissuto di un parto patologico. Le ostetriche andrebbero formate in maniera specifica sui fattori di rischio per il trauma da parto, affinché riescano a rendersi conto dell'entità del problema e possano provare ad attutire almeno gli aspetti controllabili; inoltre, un'ostetrica formata può fornire un sostegno maggiore ad una donna con vissuto traumatico di un parto precedente durante il puerperio e una gravidanza successiva, indirizzandola verso le risorse giuste in caso ne valuti la necessità.

Una donna scrive di aver desiderato un confronto con un operatore sanitario, per capire meglio che cosa le sia successo. Le donne coinvolte nel quarto studio preso in esame della revisione della letteratura hanno avuto l'occasione di incontrare sia un'ostetrica che una caposala; queste però, a detta delle donne, sono state eccessivamente difensive sui metodi e i protocolli ospedalieri. Un'ostetrica opportunamente formata potrebbe rappresentare un punto di incontro con le donne vittime di trauma da parto, potrebbe fornire loro chiavi di lettura e delle risposte alle loro domande in modo che possano avere una base più solida per riuscire a superare il loro trauma.

Conclusioni

Questo elaborato aveva come obiettivo quello di valutare l'efficacia del supporto tra pari sulla sindrome post traumatica del post-partum tramite una revisione sistematica della letteratura e la testimonianza di dieci donne partecipanti ad un gruppo di auto-mutuo-aiuto appartenente alla AUSL di Bologna e alla rete ESP dell'Emilia-Romagna.

Il PTSD del postparto è ad oggi largamente sottodiagnosticato (34) e la terapia tradizionale al momento è l'unica ad essere stata studiata, nonostante la gli esperti concordino che il supporto tra pari offra dei vantaggi non indifferenti (45), e siano già stati condotti innumerevoli studi che ne valutano l'efficacia su altre situazioni di disagio psicosociale e sul PTSD classico.

Anche a livello istituzionale, sia in Italia, che all'estero (è stato portato l'esempio del Canada nel background e di Stati Uniti e Regno Unito nella revisione della letteratura), il supporto tra pari viene riconosciuto come strumento valido.

La letteratura esplorata durante il processo di revisione si è rivelata nella quasi totalità decentrata rispetto all'obiettivo di ricerca. I quattro studi selezionati, un case-study e tre studi qualitativi, pur fornendo dati interessanti su cui costruire, non permettono di valutare statisticamente l'efficacia del supporto tra pari. Le donne coinvolte in questi quattro studi, così come le donne che hanno accettato di rispondere al questionario, riferiscono di aver trovato beneficio nel confronto con le proprie pari, risultato che rispecchia l'opinione della comunità di esperti. Manca però la ricerca quantitativa su questo tema che permetterebbe di valutarne l'efficacia del supporto tra pari sul PTSD postparto anche a livello statistico.

Bibliografia

- (1) AA.VV. «1a CARTA NAZIONALE Esperti in supporto tra pari in Salute Mentale», 2021.
- (2)———. «Documento di consenso della 1a CONFERENZA NAZIONALE Utenti e Familiari esperti nel supporto tra pari in Salute Mentale», 2021.
- (3) Angelini, Carina R., Rodolfo C. Pacagnella, Mary A. Parpinelli, Carla Silveira, Carla B. Andreucci, Elton C. Ferreira, Juliana P. Santos, Dulce M. Zanardi, Renato T. Souza, e Jose G. Cecatti. «Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association?» *Clinics* 73 (2018): e309. <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e309>.
- (4) Ayers, Susan, Daniel B. Wright, e Alexandra Thornton. «Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale». *Frontiers in Psychiatry* 9 (2018). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00409>.
- (5) Bayri Bingol, Fadime, e Meltem Demirgoz Bal. «The Risk Factors for Postpartum Posttraumatic Stress Disorder and Depression». *Perspectives in Psychiatric Care* 56, fasc. 4 (2020): 851–57. <https://doi.org/10.1111/ppc.12501>.
- (6) Beck, Cheryl Tatano, e Sue Watson. «Impact of Birth Trauma on Breast-Feeding: A Tale of Two Pathways». *Nursing Research* 57, fasc. 4 (2008): 228–36. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90>.
- (7) Bhavanani, Vanita, e Mary Newburn. «Women’s experiences of telephone-based peer support during the transition to parenthood». *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners’ & Health Visitors’ Association* 89 (1 settembre 2016): 36–40.
- (8) Biondi, M. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina Raffaello, 2014. <https://books.google.it/books?id=0dcEoQEACAAJ>.
- (9) Callahan, J. L., S. E. Borja, e M. T. Hynan. «Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to Enhance Clinical Utility». *Journal of Perinatology* 26, fasc. 9 (settembre 2006): 533–39. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211562>.
- (10) Capponi, Diana, Theresa Claxton, Darrell Downton, Brian Eaton, Eugene LeBlanc, Roy Muise, Karon-Ann Parsons, et al. «Guidelines for the Practice and Training of Peer Support». Mental Health Commission of Canada, 2016.
- (11) Carter, Jemima, Debra Bick, Daniel Gallacher, e Yan-Shing Chang. «Mode of Birth and Development of Maternal Postnatal Post-Traumatic Stress Disorder: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis». *Birth* 49, fasc. 4 (2022): 616–27. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>.

- (12) CNOP. «Sintesi Documento finale CNOP Peer Support», 2019. <https://www.psy.it/aree-tematiche/documenti-linee-guida/documenti/>.
- (13) Corrigan, Patrick W., Sai Snigdha Talluri, e Binoy Shah. «Formal Peer-Support Services That Address Priorities of People with Psychiatric Disabilities: A Systematic Review.» *American Psychologist* 77, fasc. 9 (dicembre 2022): 1104–16. <https://doi.org/10.1037/amp0001039>.
- (14) Czarniawska, Barbara. «Sensemaking in organizations: by Karl E. Weick (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995), 231 pp.» *Scandinavian Journal of Management* 13 (1 marzo 1997): 113–16. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(97\)86666-3](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(97)86666-3).
- (15) Elmir, Rakime, Virginia Schmied, Lesley Wilkes, e Debra Jackson. «Women’s Perceptions and Experiences of a Traumatic Birth: A Meta-Ethnography». *Journal of Advanced Nursing* 66, fasc. 10 (2010): 2142–53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>.
- (16) Ertan, Deniz, Coraline Hingray, Elena Burlacu, Aude Sterlé, e Wissam El-Hage. «Post-traumatic stress disorder following childbirth». *BMC Psychiatry* 21, fasc. 1 (16 marzo 2021): 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>.
- (17) Garthus-Niegel, S., S. Ayers, J. Martini, T. von Soest, e M. Eberhard-Gran. «The Impact of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms on Child Development: A Population-Based, 2-Year Follow-up Study». *Psychological Medicine* 47, fasc. 1 (gennaio 2017): 161–70. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>.
- (18) Garthus-Niegel, Susan, Antje Horsch, Susan Ayers, Juliane Junge-Hoffmeister, Kerstin Weidner, e Malin Eberhard-Gran. «The Influence of Postpartum PTSD on Breastfeeding: A Longitudinal Population-Based Study». *Birth* 45, fasc. 2 (2018): 193–201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>.
- (19) Garthus-Niegel, Susan, Tilmann von Soest, Margarete E. Vollrath, e Malin Eberhard-Gran. «The Impact of Subjective Birth Experiences on Post-Traumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study». *Archives of Women’s Mental Health* 16, fasc. 1 (1 febbraio 2013): 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>.
- (20) Gluska, Hadar, Yael Mayer, Noga Shiffman, Rawan Daher, Lior Elyasyan, Nofar Elia, Maya Sharon Weiner, et al. «The use of personal protective equipment as an independent factor for developing depressive and post-traumatic stress symptoms in the postpartum period». *European Psychiatry* 64, fasc. 1 (4 maggio 2021): e34. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.29>.

- (21) Grekin, Rebecca, e Michael W. O'Hara. «Prevalence and Risk Factors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis». *Clinical Psychology Review* 34, fasc. 5 (luglio 2014): 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>.
- (22) Halperin, Ofra, Orly Sarid, e Julie Cwikel. «The Influence of Childbirth Experiences on Women's Postpartum Traumatic Stress Symptoms: A Comparison between Israeli Jewish and Arab Women». *Midwifery* 31, fasc. 6 (giugno 2015): 625–32. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.011>.
- (23) Harris, Rachel, e Susan Ayers. «What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'». *Psychology & Health* 27, fasc. 10 (1 ottobre 2012): 1166–77. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>.
- (24) Heumen, Mark A. van, Martine H. Hollander, Maria G. van Pampus, Jeroen van Dillen, e Claire A. I. Stramrood. «Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience». *Frontiers in Psychiatry* 9 (31 luglio 2018): 348. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00348>.
- (25) Horan, Holly, Jean Ryu, Jennifer Stone, e Lydia Thurston. «Healing Trauma with Interprofessional Collaboration and Trauma-Informed Perinatal Care: A Qualitative Case Study». *Birth* 50, fasc. 3 (2023): 525–34. <https://doi.org/10.1111/birt.12672>.
- (26) Howard, Louise M., e Hind Khalifeh. «Perinatal Mental Health: A Review of Progress and Challenges». *World Psychiatry* 19, fasc. 3 (2020): 313–27. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>.
- (27) Howard, Shelby, Caitlin Witt, Karla Martin, Ateshi Bhatt, Emily Venable, Sarah Buzhardt, Andrew G. Chapple, e Elizabeth F. Sutton. «Co-occurrence of depression, anxiety, and perinatal posttraumatic stress in postpartum persons». *BMC Pregnancy and Childbirth* 23, fasc. 1 (5 aprile 2023): 232. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05555-z>.
- (28) Hu, Jingchu, Biao Feng, Yonghui Zhu, Wenqing Wang, Jiawei Xie and Xifu Zheng, Jingchu Hu, Biao Feng, Yonghui Zhu, Wenqing Wang, e Jiawei Xie and Xifu Zheng. «Gender Differences in PTSD: Susceptibility and Resilience». In *Gender Differences in Different Contexts*. IntechOpen, 2017. <https://doi.org/10.5772/65287>.
- (29) Irish, Leah A., Beth Fischer, William Fallon, Eileen Spoonster, Eve M. Sledjeski, e Douglas L. Delahanty. «Gender Differences in PTSD Symptoms: An Exploration of Peritraumatic Mechanisms». *Journal of anxiety disorders* 25, fasc. 2 (marzo 2011): 209–16. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.004>.
- (30) Janoff-Bulman, Ronnie. *Shattered Assumptions*. Simon and Schuster, 2010.

- (31) MacNeil, Cheryl, e Shery Mead. «A Narrative Approach to Developing Standards for Trauma-Informed Peer Support». *American Journal of Evaluation* 26, fasc. 2 (1 giugno 2005): 231–44. <https://doi.org/10.1177/1098214005275633>.
- (32) McCormack, Lynne, e Natalie Katalinic. «Learning to Heal from Those Who Know! The “Lived” Experience of a Peer Support Program for Adult Survivors of Childhood Trauma». *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 25, fasc. 10 (25 novembre 2016): 1021–42. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1223247>.
- (33) Montgomery, Phyllis, Sharolyn Mossey, Sara Adams, e Patricia H. Bailey. «Stories of Women Involved in a Postpartum Depression Peer Support Group». *International Journal of Mental Health Nursing* 21, fasc. 6 (2012): 524–32. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00828.x>.
- (34) Mortimer, H., H. Habash-Bailey, M. Cooper, S. Ayers, J. Cooke, J. Shakespeare, D. Aslanyan, e E. Ford. «An Exploratory Qualitative Study Exploring GPs’ and Psychiatrists’ Perceptions of Post-Traumatic Stress Disorder in Postnatal Women Using a Fictional Case Vignette». *Stress and Health* 38, fasc. 3 (31 agosto 2022): 544–55. <https://doi.org/10.1002/smi.3114>.
- (35) Noonan, Maria, Owen Doody, e Julie Jomeen. «Midwifery and Perinatal Mental Health». In *Perspectives on Midwifery and Parenthood*, a cura di Rita Borg Xuereb e Julie Jomeen, 51–66. Cham: Springer International Publishing, 2022. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17285-4_5.
- (36) Olf, Miranda. «Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update». *European Journal of Psychotraumatology* 8, fasc. sup4 (29 settembre 2017): 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>.
- (37) Penney, Darby. «Defining “Peer Support”: Implications for Policy, Practice, and Research», 2018.
- (38) Pezley, Lacey, Kate Cares, Jennifer Duffecy, Mary Dawn Koenig, Pauline Maki, Angela Odoms-Young, Margaret H. Clark Withington, et al. «Efficacy of Behavioral Interventions to Improve Maternal Mental Health and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review». *International Breastfeeding Journal* 17, fasc. 1 (5 settembre 2022): 67. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00501-9>.
- (39) Pilav, Sabrina, Kaat De Backer, Abigail Easter, Sergio A. Silverio, Sushma Sundaresh, Sara Roberts, e Louise M. Howard. «A Qualitative Study of Minority Ethnic Women’s Experiences of Access to and Engagement with Perinatal Mental Health Care». *BMC*

- Pregnancy and Childbirth* 22, fasc. 1 (18 maggio 2022): 421.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04698-9>.
- (40) Quinnell, F. A., e M. T. Hynan. «Convergent and Discriminant Validity of the Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ): A Preliminary Study». *Journal of Traumatic Stress* 12, fasc. 1 (gennaio 1999): 193–99. <https://doi.org/10.1023/A:1024714903950>.
- (41) Roberts, Nicola-Jade, Julie Jomeen, e Gill Thomson. «Women’s Experiences of the Coping With Birth Trauma: A Psychoeducational Group Support Program». *International Journal of Childbirth* 11, fasc. 3 (7 settembre 2021): 112–21.
<https://doi.org/10.1891/IJCBIRTH-D-20-00042>.
- (42) Schwank, Simone Eliane, Ho-Fung Chung, Mandy Hsu, Shih-Chien Fu, Li Du, Liping Zhu, Hsuan-Ying Huang, Ewa Andersson, e Ganesh Acharya. «Mental Health of Urban Mothers (MUM) Study: A Multicentre Randomised Controlled Trial, Study Protocol». *BMJ Open* 10, fasc. 11 (1 novembre 2020): e041133. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041133>.
- (43) Scott, Anna Mae, Mina Bakhit, Hannah Greenwood, Magnolia Cardona, Justin Clark, Natalia Krzyzaniak, Ruwani Peiris, e Paul Glasziou. «Real-Time Telehealth Versus Face-to-Face Management for Patients With PTSD in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis». *The Journal of Clinical Psychiatry* 83, fasc. 4 (23 maggio 2022): 41146.
<https://doi.org/10.4088/JCP.21r14143>.
- (44) Shalaby, Reham A. Hameed, e Vincent I. O. Agyapong. «Peer Support in Mental Health: Literature Review». *JMIR Mental Health* 7, fasc. 6 (9 giugno 2020): e15572.
<https://doi.org/10.2196/15572>.
- (45) Shery, Mead, Msw, e Cheryl Macneil. «Peer Support: What Makes It Unique?» *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 10 (1 gennaio 2004).
- (46) Shorey, Shefaly, Soo Downe, Joelle Yan Xin Chua, Sofia O. Byrne, Maaïke Fobelets, e Joan Gabrielle Lalor. «Effectiveness of Psychological Interventions to Improve the Mental Well-Being of Parents Who Have Experienced Traumatic Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis». *Trauma, Violence & Abuse* 24, fasc. 3 (luglio 2023): 1238–53. <https://doi.org/10.1177/15248380211060808>.
- (47) Stelter, Mary Pinkerton. «Contributing Factors, Protective Elements, and Treatments for Postpartum PTSD: A Systematic Review». *Psy.D.*, 2021.
<https://www.proquest.com/docview/2660924376/abstract/A7472F6E68DA4AF0PQ/1>.
- (48) Stewart, Neil. «Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth», s.d.

- (49) Thomson, Gill, e Virginia Schmied. *Psychosocial Resilience and Risk in the Perinatal Period: Implications and Guidance for Professionals, Cap. 11*. Taylor & Francis, 2017.
- (50) Ven, Pien van de. «The Journey of Sensemaking and Identity Construction in the Aftermath of Trauma: Peer Support as a Vehicle for Coconstruction». *Journal of Community Psychology* 48, fasc. 6 (2020): 1825–39. <https://doi.org/10.1002/jcop.22373>.
- (51) Verreault, Nancy, Deborah Da Costa, André Marchand, Kierla Ireland, Hailey Banack, Maria Dritsa, e Samir Khalifé. «PTSD Following Childbirth: A Prospective Study of Incidence and Risk Factors in Canadian Women». *Journal of Psychosomatic Research* 73, fasc. 4 (ottobre 2012): 257–63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>.
- (52) Webb, Rebecca, Ann M. Smith, Susan Ayers, Daniel B. Wright, e Alexandra Thornton. «Development and Validation of a Measure of Birth-Related PTSD for Fathers and Birth Partners: The City Birth Trauma Scale (Partner Version)». *Frontiers in Psychology* 12 (2021). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.596779>.
- (53) White, Amina, Karen Saxer, Sheela Raja, e Sue L. Hall. «A Trauma-Informed Approach to Postpartum Care». *Clinical Obstetrics and Gynecology* 65, fasc. 3 (1 settembre 2022): 550–62. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000730>.

Sitografia

- (54) American Psychiatric Association. «What Is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?» Consultato 4 agosto 2023. <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>.
- (55) Associazione di Psicologia Cognitiva. «La terapia cognitivo comportamentale (CBT) - APC», 27 gennaio 2010. <https://apc.it/chi-siamo/la-psicoterapia-cognitiva/terapia-cognitivo-comportamentale/>.
- (56) «Disturbo da stress post-traumatico - Istituto A.T. Beck», 7 aprile 2017. <https://www.istitutobeck.com/disturbo-post-traumatico-da-stress>.
- (57) Emdr - Il sito ufficiale. «EMDR». Consultato 8 agosto 2023. <https://emdr.it/emdr-2023/>.
- (58) EpiCentro. «Stress post traumatico - Istituto Superiore di Sanità». Consultato 4 agosto 2023. <https://www.epicentro.iss.it/stress/>.
- (59) «Il supporto tra colleghi: i punti di forza del peer support – CERCHIO BLU». Consultato 10 agosto 2023. <https://www.cerchioblu.org/il-supporto-tra-colleghi-i-punti-di-forza-del-peer-support/>.

- (60) InTherapy. «Trattamento integrato dei Disturbi Post Traumatici (PTSD) e Disturbi Dissociativi». Consultato 8 agosto 2023. <https://www.intherapy.it/servizio/disturbo-post-traumatico-cura/>.
- (61) Matthew J. Friedman, PhD. «PTSD History and Overview». Consultato 4 agosto 2023. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp.
- (62) «Parliamone Insieme - Chi è l'Esp». Consultato 23 settembre 2023. <https://www.parliamoneinsieme.org/rete-esp/chi-e-lesp>.
- (63) «Parliamone Insieme - La Consulta». Consultato 26 settembre 2023. <https://www.parliamoneinsieme.org/chi-siamo/la-consulta>.
- (64) «Post-Traumatic Stress Disorder | NIMH Information Resource Center», 1 maggio 2023. <https://infocenter.nimh.nih.gov/publications/post-traumatic-stress-disorder>.
- (65) «Psychiatry.org - Maternal Mental Health: A Brief Look at the Impact of Birth Trauma». Consultato 2 novembre 2023. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/maternal-mental-health-and-birth-trauma>.
- (66) «PTSD and DSM-5». General Information. Consultato 4 agosto 2023. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5_ptsd.asp.
- (67) «Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE». Consultato 28 settembre 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations>.
- (68) Trauma-Informed Care Implementation Resource Center. «What Is Trauma-Informed Care?», 8 agosto 2018. Consultato 25 agosto 2023 <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/>.