

Il disturbo posttraumatico da stress successivo al parto

Silvia Bonapace, Francesco Ciotti

Facoltà di Psicologia, Scienze del Comportamento e delle Relazioni Sociali, Università di Bologna

Abstract

Post traumatic stress disorder after delivery

The differences between clinical characteristics of post traumatic stress disorder after delivery and post partum depression are described. Risk factors before, during and after delivery are analyzed. Possible changes in practice aimed at a better mother-child follow up during delivery are taken in consideration.

Quaderni acp 2009; 16(4): 161-165

Key words Post traumatic stress disorder. Post partum depression. Delivery

Si descrivono le caratteristiche cliniche del disturbo posttraumatico da stress successivo al parto e i criteri differenziali rispetto alla depressione post parto. Si esaminano i fattori di rischio che ne possono determinare l'insorgenza, prima, durante e dopo il parto. Si considerano le possibili conseguenze operative per una migliore assistenza materno-infantile all'evento parto.

Parole chiave Disturbo posttraumatico da stress. Depressione post-partum. Parto

Introduzione

Nel 2000 la 4^a edizione rivisitata del DSM IV definiva i quattro criteri fondamentali per la diagnosi di disturbo posttraumatico da stress nell'adulto (tabella 1):

- A. L'esposizione all'evento traumatico.
- B. L'invasività persistente del ricordo traumatico.
- C. Le strategie di evitamento di ogni stimolo che possa ricordare l'evento traumatico.
- D. I sintomi di irritabilità generale o aumentato arousal [1].

Essi devono protrarsi per oltre un mese dopo l'evento traumatico, fino a tre mesi nel disturbo acuto e oltre tre mesi nel disturbo cronico (E), e la loro intensità deve essere tale da interferire significativamente col funzionamento sociale quotidiano del soggetto (F).

Il confronto di questi criteri diagnostici con quelli previsti dalla 3^a edizione del DSM III del 1980 mostra alcune interessanti differenze [2]. Rispetto al criterio A, relativo alla natura dell'evento traumatico, per il DSM III l'evento traumatico doveva avere una valenza stressante universale ("uno stressor di natura eccezionale capace di provocare sintomi traumatici in quasi tutti gli individui"); per il DSM IV-TR l'evento è soggettivamente minaccioso per l'integrità fisica o altrui

in relazione a quel soggetto. Rispetto al criterio B, il DSM IV-TR ai sintomi 1.2. e 3, previsti anche nel DSM III, aggiunge segni più generali come il disagio psichico e la reattività fisiologica. Infine, nel DSM III il disturbo acuto aveva una durata inferiore ai sei mesi e quello cronico oltre i sei mesi.

In sostanza, i criteri del DSM IV-TR risultano più ampi e rendono la diagnosi estendibile a eventi traumatici soggettivamente e non universalmente eccezionali, e a sintomi di disagio psichico più differenziati e causa comunque di persistente disadattamento sociale.

Il disturbo posttraumatico da stress successivo al parto

Secondo il DSM IV-TR diventano dunque elementi che permettono di sviluppare il Disturbo Posttraumatico da Stress (DPTS) non solo catastrofi naturali, aggressioni e violenze dirette, ma anche eventi a cui si è assistito, con cui ci si è confrontati, che hanno comportato, per sé o per altri, morte, lesioni o anche solo minaccia delle stesse. La positività di tale inclusione non sta nel poter attribuire a un maggior numero di persone questo disturbo "psichiatrico", ma nel riconoscere a ogni individuo, che porta una personale sofferenza legata a un evento della propria vita, la necessità del soste-

gno di cui ha bisogno per poter vivere normalmente.

L'evento del parto, nonostante sia quotidiano e atteso, rientra tra quelle situazioni che soddisfano il criterio A del DSM IV-TR: il parto è un momento in cui vita e morte si avvicinano, si sfiorano e a volte anche si toccano. È un momento dove il dolore è violento, trasforma, mette alla prova, spoglia la donna e la rende impotente: vissuti che accomunano molte partorienti sono la perdita di controllo e il sentirsi morire nelle fasi di travaglio avanzato. È violento anche per chi assiste: ostetriche, padre e medici; inoltre, le condizioni di assistenza al parto in ospedale non favoriscono un approccio rassicurante, non rispettano la soggettività dei protagonisti e trascurano spesso gli aspetti emotivi, occupandosi soprattutto dell'assistenza tecnica all'evento biologico. Il risultato è che per le donne il parto si trasforma in certi casi in un vero e proprio incubo, che a volte non riesce a essere superato e porta ad alcune strategie tipiche di evitamento, come la ferma volontà di non avere più figli o il ricorso al cesareo programmato nelle gravidanze successive.

M. Bydlowsky e A. Raoul Duval furono i primi a descrivere nel 1978 una "nevrose traumatica postobstetricale" lavorando con donne che avevano avuto un parto traumatico e successivamente lamentavano ansia, intrusività del ricordo della nascita, incubi e altre manifestazioni, che verranno considerate, negli anni successivi, sintomatologia del DPTS [3]. J. Reynolds, già nel 1986, asserisce che il parto può provocare l'insorgere del DPTS e che la scelta di avere successivi cesarei programmati è l'esempio di comportamento di evitamento; egli chiama questo fenomeno "esperienza di nascita traumatica" [4].

Molti Autori dimostrano la possibilità di sviluppare un disturbo o una sofferenza psichica profonda in caso di gravidanze e parti che si concludono con un aborto o con la morte del bambino, o che presen-

Per corrispondenza:

Francesco Ciotti

e-mail: fran.ciotti@alice.it

il punto su

TABELLA 1: DSM IV-TR. CRITERI DIAGNOSTICI DEL DISTURBO POSTRAUMATICO DA STRESS

- A.** La persona è stata esposta a un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
1. La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri.
 2. La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.
Nota. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.
- B.** L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:
1. Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri o percezioni.
Nota. Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.
 2. Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.
Nota. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
 3. Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione).
Nota. Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma.
 4. Disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
 5. Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
- C.** Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
1. Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma.
 2. Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.
 3. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma.
 4. Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
 5. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
 6. Affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore).
 7. Sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).
- D.** Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
1. Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.
 2. Irritabilità o scoppi di collera.
 3. Difficoltà a concentrarsi.
 4. Ipervigilanza.
 5. Esagerate risposte di allarme.
- E.** La durata del disturbo (sintomi dei criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.
- F.** Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

- **Acuto:** se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi
- **Cronico:** se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.
- **A esordio ritardato:** insorgenza dei sintomi dopo almeno 6 mesi dall'evento stressante.

tano gravi complicanze quali la nascita prematura e la necessità di cure intensive. Molti altri studi hanno dimostrato che il rischio di sviluppare sintomi o disturbi da stress posttraumatico è alto anche con gravidanze e nascite fisiologiche non complicate, in presenza di altri fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento [5-6-7-8-9].

Nel 2004 S. Ayers introduce una importante distinzione fra tre reazioni posttraumatiche da stress alla nascita: la puerpera valuta a posteriori il parto vissuto come un evento traumatico ma non riporta sintomi soggettivi successivi di sofferenza psichica; la puerpera valuta il parto vissuto come traumatico e riporta alcuni sintomi di sofferenza psichica o di pensieri intrusivi o di condotte di evitamento o di irritabilità generale, ma non tali da soddisfare tutti i criteri previsti dal DPTS; la puerpera presenta le categorie sintomatiche proprie del DPTS [10].

In genere i sintomi più caratteristici del DPTS sono *le strategie di evitamento* che si sviluppano dopo il parto, quali il "rifiuto sessuale" e un'intensa "paura di affrontare successivi parti". C. Fones nel 1996 cita un caso particolare in cui una donna, in seguito a parto traumatico avvenuto 9 anni prima, presenta DPTS con forte ansia e paura nei momenti in cui si ripresentano i ricordi dell'evento, sia in veglia che nel sonno: condotte di astensione dai rapporti sessuali per tutto il primo anno dopo la nascita del figlio e sessualità vissuta in seguito con grande terrore per la paura di una nuova gravidanza, nonostante l'utilizzo di più di un sistema anticoncezionale [8]. La donna rifiuta il percorso psichiatrico e opta per la sterilizzazione; dopo tre mesi dall'intervento la sintomatologia da DPTS è totalmente rimessa, con rapporti sessuali non più ostacolati dalle ansie.

Un altro esempio di condotta di evitamento è il fermo tentativo di non passare più per l'esperienza del parto vaginale. Molte donne richiedono di partorire con taglio cesareo pianificato perché non sanno come affrontare la "tocofobia", termine che indica appunto "l'irragionevole paura della nascita" [11]. E. Ryding, in studi differenti, riporta che una certa percentuale di donne che richiedono volontariamente il cesareo, è passata per una precedente esperienza di travaglio estremamente dolorosa, o non è riuscita a

ottenere l'assistenza necessaria [12]. Un ulteriore gruppo di donne ricorre a questo intervento per paura di perdere il bambino, dopo che nelle precedenti gravidanze ha esperito nascite complicate o un cesareo d'urgenza, con loro grande spavento.

B. Sjögren intervista donne che presentano tocofobia, primipare e non: l'ansietà legata al parto appare in relazione con la mancanza di fiducia nello staff ostetrico, con la paura della propria incompetenza, del dolore e della perdita di controllo, con la paura che il bambino muoia e con quella di perdere la vita loro stesse [13]. La relazione riscontrata come più significativa è quella tra le precedenti complicazioni ostetriche e la paura di morire.

Infine S. Goldbeck-Wood riferisce che alcune donne possono ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza per paura del parto, dopo che hanno vissuto una precedente nascita traumatica [14]. Riguardo ai sintomi della categoria *irritabilità generale e arousal*, le donne che hanno subito il parto come trauma possono riferire di sentirsi distaccate dagli altri e di provare un senso di estraneità nei confronti di altri significativi, quali per esempio il bambino o il partner; l'affettività può presentarsi ridotta e anche l'interesse per le attività significative; infine, l'iperattivazione del sistema di vigilanza le rende più ansiose, in allarme e irritabili.

Questa situazione interferisce con l'instaurarsi di un legame d'attaccamento positivo tra la madre e il neonato, basato sull'empatia e sulla ricettività emotiva materna, a garanzia di uno sviluppo armonico e funzionale della diade e dell'equilibrio psicofisico neonatale.

C. Ballard e collaboratori, nel 1995, hanno studiato in modo dettagliato 4 casi di donne che a 48 ore dal parto presentavano un profilo sintomatologico tipico del DPTS, con vissuti depressivi; due di queste ebbero significative difficoltà con l'attaccamento materno-infantile [7].

J.L. Reynolds riporta 6 casi da lui affrontati, in cui le donne lamentano uno stress che sembra essere radicato nella propria esperienza di travaglio e parto, tanto da influenzarne negativamente la capacità di allattare al seno, di creare un legame col bambino, di riprendere i rapporti sessuali, con pesanti ripercussioni sull'autoestima [4]. Oltretutto esse ricordano la

nascita dei loro figli solo con paura, dolore, rabbia o tristezza; alcune invece non ricordano nulla, facendo ipotizzare un'amnesia traumatica per quell'evento.

Incidenza del disturbo posttraumatico da stress successivo al parto

Gli studi di tipo quantitativo mostrano risultati dall'andamento concordante: del totale dei campioni esaminati circa un terzo delle donne valuta l'esperienza di mettere al mondo un figlio come traumatica, tra l'1 e il 10% riporta una sintomatologia parziale non configurabile come DPTS, una percentuale più bassa compresa tra 1 e 3% presenta 6 mesi dopo il parto un DPTS vero e proprio [15-16].

Disturbo posttraumatico da stress e depressione postnatale

Alcuni Autori sottolineano l'importanza di distinguere i sintomi della più nota depressione postnatale da quelli del DPTS, e talora anche la possibile coesistenza di questi due disturbi mentali che possono colpire la donna nel postpartum. D. Bailham e S. Joseph, che nel 2000 hanno pubblicato una revisione di studi fino a quell'anno prodotti riguardanti questo argomento, ci propongono alcune ricerche che mettono a confronto le diagnosi di DPTS e depressione postnatale [17].

I sintomi comuni ai due disturbi sono il marcato disinteresse per le attività significative, il senso di estraniamento dagli altri, una ristretta gamma degli affetti e dei sentimenti, difficoltà di concentrazione e del sonno. Comunque la presenza di uno dei due disturbi non implica sempre la presenza dell'altro e il fatto che correntemente si monitori lo stato psicologico delle donne nel periodo postnatale con strumenti sensibili ai sintomi depressivi (come l'Edinburgh Postnatal Depression Scale) fa sì che alle donne che sviluppano il DPTS dopo il parto e non la depressione non venga riconosciuta la presenza della loro sofferenza.

J. Czarnocka e P. Slade hanno misurato i livelli di stress posttraumatico su un campione di 264 donne che avevano appena avuto un parto "normale", trovando 8 donne che soddisfacevano pienamente i criteri sintomatologici del DPTS: di esse solo 6 riportavano alla EPDS alti punteggi indicativi della depressione postnatale

[18]. Gli Autori suggeriscono, sulla base di questi dati, che circa il 25% di puerpere che soffrono di DPTS può essere non identificato poiché non presenta patologia depressiva significativa. La raccomandazione è quindi di investigare routinariamente non solo la depressione ma anche lo stress posttraumatico nella fase postnatale.

Poiché il disturbo interferisce sulla salute non solo della madre ma anche del bambino, per programmare interventi di prevenzione e trattamento è indispensabile chiarire quali siano i fattori che interagiscono nello sviluppo del disturbo: essi si possono dividere in fattori prenatali, fattori durante il travaglio e il parto, fattori nel postpartum. Gli studi a proposito mostrano punti di congiunzione e disaccordo.

Fattori prenatali

Comprendono i fattori demografici e quelli psicosociali.

L'analisi dei *fattori demografici*, per esempio un basso stato socio-economico, porta evidenze circa una loro associazione significativa con le reazioni traumatiche da stress, ma non con il DPTS completo. Ulteriori fattori come l'età, lo stato civile e il livello di educazione non risultano di rilevante influenza [19].

In un altro studio i fattori demografici quali età, livello d'istruzione, etnia, non risultano associati allo sviluppo del disturbo, ma al "drop out" da parte dei soggetti formanti il campione del progetto di ricerca [15].

Tra i *fattori psicosociali* risultano essere predittori del DPTS: precedente storia di psicopatologia personale, presenza di psicopatologia nell'anamnesi familiare, passati abusi fisici o sessuali, bassa intelligenza e nevroticismo [10]. Nelle donne che in precedenza avevano subito una aggressione sessuale, J.L. Reynolds riporta che le sensazioni indotte dal travaglio relative a frasi degli operatori (es. "apra le gambe") o al transito della testa del bimbo nel canale vaginale ricordano loro l'abuso sessuale subito, facendo loro rivivere il trauma iniziale [4].

Studi contraddittori riguardano l'influenza sul DPTS del numero dei figli partoriti. Da due ampi studi eseguiti in Svezia risulta che le donne al primo figlio erano più a rischio di DPTS, anche se gli Autori trovano che l'effetto del numero di

figli avuti in precedenza si annulla considerando la tipologia del parto [19-20]. Altri studi in Gran Bretagna e Australia non hanno trovato associazione fra numero di figli partoriti e reazioni da stress posttraumatico [18-21]. Sembra quindi probabile che l'effetto della multiparità sia mediato da altri fattori come il tipo di parto, e che esso medi fattori di tipo psicologico come le reazioni ansiose.

Fattori perinatali

Secondo S. Ayers tre dimensioni del parto sono particolarmente importanti: il tipo di parto, il dolore durante le fasi del travaglio, il supporto durante il travaglio. Il *tipo di parto*, se esso è avvenuto in seguito a interventi strumentali o a cesareo d'emergenza o a situazioni di minaccia per la vita della madre del bambino, è associato significativamente con le reazioni traumatiche da stress e con il DPTS [10]. I vari Autori sono concordi sul taglio cesareo d'urgenza quale forte predittore del DPTS e delle reazioni traumatiche da stress; il taglio cesareo pianificato non appare correlato a una sintomatologia traumatica da stress, non essendo legato a situazioni di rischio.

La percezione di *forte dolore nel primo stadio del travaglio* è stata associata con l'instaurarsi di reazioni da stress posttraumatiche dalla maggior parte degli Autori [22-23]. Di solito la prima fase del travaglio è caratterizzata da contrazioni meno intense e meno frequenti che consentono alla donna di prepararsi alle contrazioni più forti della fase successiva. Talora questo primo dolore esagerato, che viola le aspettative della donna e non le consente di adattarsi gradualmente al dolore, si ritrova nel parto eccessivamente medicalizzato che ricorre a priori a ossitocina o prostaglandine applicate in vena o nel canale vaginale.

Quanto al *livello di supporto*, D.K. Cree e collaboratori, e K. Wijma e collaboratori, sostengono sulla base dei loro lavori che la percezione di cure inadeguate da parte dello staff ostetrico e di negativo contatto con esso durante il parto sono predittivi di DPTS [19-21]. Per contro, secondo una revisione sistematica Cochrane Database of Systematic Reviews la continuità del supporto in travaglio da parte di un caregiver di sesso femminile, quale una ostetrica o una

doula, porta una serie di effetti benefici sia per la madre che per il neonato [24].

Fattori postnatali

Nel dopo parto il fattore di rischio più importante per lo sviluppo successivo di DPTS è il basso livello di supporto da parte del personale sanitario. Dopo la nascita le donne con stress posttraumatico riportano maggiori ricordi di dolore, memorie intrusive, ruminazioni, e utilizzano meno strategie efficaci nel focalizzarsi sulla propria salute e su quella del figlio [23].

I risultati di questo studio suggeriscono che i processi di valutazione postnatale possono essere importanti nell'aiutare le donne a risolvere una esperienza del parto difficile o traumatica.

J. Soet e collaboratori, nelle interviste postpartum a un gruppo di donne rilevano che dopo il parto molte di loro hanno avuto difficoltà a discutere circa gli aspetti negativi della nascita, tendendo a rimuovere gli effetti negativi e rimarcando invece la propria felicità a essere mamme di un bambino sano [22]. Gli operatori intervistati riportano le fortissime pressioni sociali esercitate sulle neomadri riguardo all'essere felici della loro esperienza di nascita e al mettere la salute e i bisogni del bambino al centro, prima di loro stesse. Questo, secondo gli Autori, impedisce alle donne di esprimere sensi di colpa, rabbia, frustrazione rispetto al loro vissuto e le porta a focalizzarsi sulla salute del bambino non come obiettivo in sé, ma come strumento per ottenere un maggior grado di benessere materno.

Cosa ne consegue per l'assistenza materno-infantile?

In base alle conoscenze accumulate sul DPTS e ai rischi derivati per la salute della madre e del bambino, è possibile pensare a interventi di prevenzione primaria di individuazione dei soggetti a rischio e di prevenzione secondaria di intervento precoce sui sintomi.

Gli interventi di prevenzione primaria dovrebbero interessare durante la gravidanza gli operatori ostetrici alle visite di controllo e nei corsi preparto, con la raccolta in anamnesi di informazioni circa DPTS precedenti, abusi fisici e sessuali e con messaggi puntuali alla gravida sulle

procedure del parto in ospedale: un gap esagerato tra aspettative e reali condizioni del parto è connesso con una percezione molto negativa dell'evento da parte delle donne.

Durante l'evento è importante che il personale medico provveda ad assicurare una buona comunicazione, aiutando la donna a mantenere il senso di controllo, offrendole la possibilità di scegliere tra varie procedure e posizioni, considerando sempre le conseguenze e fisiche e psichiche degli interventi che pensa di mettere in atto.

Dopo la nascita è importante incoraggiare la discussione con gli operatori per chiarire come si è svolto il parto, dare spiegazioni circa il perché sono state fatte certe scelte, enfatizzare ciò che di positivo c'è e minimizzare il rischio di potenziali sintomi da stress posttraumatico. Nel postpartum le spiegazioni da parte di un'ostetrica sono fondamentali per chiarire nella memoria della puerpera l'evento: ciò facilita l'integrazione dell'esperienza nella transizione alla maternità.

Rispetto all'importanza della diagnosi precoce del DPTS dopo il parto, in modo che la donna sia inviata in trattamento psicoterapeutico in tempo utile per consentirle di superare il trauma e accudire adeguatamente il bambino, è fondamentale la continuità dell'assistenza lungo tutto il percorso dal pre al postnatale. In particolare, la disponibilità in questo percorso di un punto di riferimento come l'ostetrica consultoriale fornisce alla donna una possibilità permanente di comunicazione del proprio disagio depressivo o posttraumatico. L'ostetrica da parte sua non può essere sola in questo percorso, ma dovrà essere affiancata dal medico ostetrico nella gravidanza e nel parto e dal medico pediatra nel puerperio.

Non ci sono studi invece sull'utilizzo di questionari per l'individuazione in puerperio del DPTS, quali esistono invece per la depressione postpartum. Questo è indice di una conoscenza ancora poco diffusa del DPTS successivo al parto, nonostante sia noto come un trauma non risolto di qualunque natura della madre interferisca gravemente sull'attaccamento madre-bambino, predisponendo a sviluppare un attaccamento disorganizzato con rischi psicopatologici del bambino stesso [25]. ♦

Bibliografia

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edn. Text Revis. Washington DC, 2000.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3th edn. Washington DC, 1980.
- [3] Bydlowsky M, Raoul Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerperalité : la névrose traumatique postobstétricale. *Perspective Psychiatriques* 1978;4:321-8.
- [4] Reynolds JL. Post traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Ass J* 1997; 156:831-5.
- [5] Engelhard IM, Van den Hout MA, Arntz A. Post traumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:62-6.
- [6] Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post traumatic stress disorders after stillbirth. *Br J Psychiatr* 2001;178:556-60.
- [7] Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post traumatic stress disorder after childbirth. *Br J Psychiatr* 1995;166:525-8.
- [8] Fones C. Post traumatic stress disorders occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis* 1996;18:195-6.
- [9] Menage J. Post traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *J Reproduct Infant Psychol* 1993;11:221-8.
- [10] Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors and treatment for postnatal post-traumatic stress disorder. *Clin Obstetr Gynecol* 2004;47:552-67.
- [11] Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *Br J Psychiatr* 2000;176:83-5.
- [12] Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetr Gynaecol Scand* 1993;72:280-5.
- [13] Sjogren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstetr Gynaecol* 1997;18:266-72.
- [14] Goldbeck-Wood S. PTSD may follow childbirth. *Br Med J* 1996;313:774.
- [15] Ayers S, Pickering AD. Do women get post traumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001;27:104-11.
- [16] Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors and expectations among women having a baby: a two wave longitudinal study. *Journal of Psychosom Obstetr Gynecol* 2006;27:81-90.
- [17] Bailham D, Joseph S. Post traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol, Health Med* 2003;8:159-68.
- [18] Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39:35-51.
- [19] Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Post traumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Dis* 1997;11:587-97.
- [20] Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstetr Gynecol* 2002;23:31-9.
- [21] Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000; 27:104-11.
- [22] Soet J, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.
- [23] Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth* 2007; 34:253-63.
- [24] Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database System Rev* 1, 2003.
- [25] Main M, Solomon J. Discovery of a new insecure disorganized disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M: (Eds). *Affective development in infancy*. Ablex: Norwood, 1986.

COME ISCRIVERSI O RINNOVARE L'ISCRIZIONE ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru, 6, Narbolia (OR),
indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta, dopo aver versato la quota come sopra indicato, occorre inviare una richiesta (fax 079 3027041 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto di ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbonlus.org, la Newsletter bimestrale *La sorveglianza della letteratura per il pediatra* e la Newsletter **FIN DA PICCOLI** del Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* e sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.