

Sessualità e contraccezione dopo il parto



Sopravvivere come
COPPIA
all'arrivo di un
NEONATO

Sessualità e contraccezione dopo il parto

Falso mito: una neo-mamma deve esser felice in ogni istante solo per il fatto di essere mamma.... occorre tempo per adattarsi!!!



Sessualità e contraccezione dopo il parto

- **Post-partum:** le prime due ore dopo l'espulsione della placenta (secondamento)
- **Puerperio:** le prime 6 settimane dopo il post-partum; è un periodo caratterizzato da cambiamenti fisici (ritorno dell'apparato genitale alle condizioni anatomo-funzionali pregravidiche), da forti emozioni, dal progressivo adattamento richiesto dalla nuova realtà e dalle nuove responsabilità; per 9 mesi la donna ha immaginato il proprio bambino e la vita futura, ma una cosa è l'immaginazione e un'altra cosa è la situazione reale che dovrà fronteggiare anche in presenza di disturbi fisici e/ o stanchezza

Contracezione dopo il parto

- La linea guida inglese, nel documento Contraception after pregnancy di The Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit (FSRH) raccomanda di affrontare con continuità il tema della contraccezione nei servizi dedicati all'assistenza perinatale: durante la gravidanza, per consentire alle donne di effettuare una scelta tempestiva dopo il parto, ma anche nell'assistenza peripartum e postpartum

Contracezione dopo il parto...perche?

- Un intervallo breve, inferiore ai 12 mesi, tra un parto e il successivo concepimento, espone a un aumentato rischio di parto pretermine, basso peso alla nascita e neonati SGA (small for gestational age, piccoli per età gestazionale)
- La Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization WHO), in un'ottica globale, raccomanda un intervallo di almeno 24 mesi tra nascita e concepimento successivo, allo scopo di ridurre i rischi di esiti avversi materni, perinatali e infantili

Contracezione dopo il parto...cosa?

POC use among breastfeeding women (POCs include progestogen-only pills, implants and injectables)

- Breastfeeding women who are < 6 weeks postpartum can generally use progestogen-only pills (POPs) and levonorgestrel (LNG) and etonogestrel (ETG) implants (MEC Category 2). Breastfeeding women who are < 6 weeks postpartum generally should not use progestogen-only injectables (POIs) (DMPA or NET-EN) (MEC Category 3)
- ≥ 6 weeks to < 6 months postpartum
- Breastfeeding women who are ≥ 6 weeks to < 6 months postpartum can use POPs, POIs, and LNG and ETG implants without restriction (MEC Category 1).
- ≥ 6 months postpartum Breastfeeding women who are ≥ 6 months postpartum can use POPs, POIs, and LNG and ETG implants without restriction (MEC Category 1).

WHO Family Planning

Contracezione dopo il parto...cosa?

- **Recommendations for CHC use among breastfeeding women**
- < 6 weeks postpartum Breastfeeding women < 6 weeks postpartum should not use CHCs (MEC Category 4).
- Range: Low to very low
- ≥ 6 weeks to <6 months postpartum
- Breastfeeding women ≥ 6 weeks to < 6 months postpartum (primarily breastfeeding) generally should not use CHCs (MEC Category 3).
- ≥ 6 months postpartum Breastfeeding women ≥ 6 months postpartum can generally use CHCs (MEC Category 2).

Contracezione dopo il parto...cosa?

- **Recommendations for CHC use among postpartum women**
- Women who are < 21 days postpartum and do not have other risk factors for VTE generally should not use CHCs (MEC Category 3).
- Women who are < 21 days postpartum with other risk factors for VTE should not use CHCs (MEC Category 4).
- Women who are \geq 21 days (3 settimane) to 42 days (6 settimane) postpartum without other risk factors for VTE can generally use CHCs (MEC Category 2).
- Women who are \geq 21 days to 42 days postpartum with other risk factors for VTE generally should not use CHCs (MEC Category 3).
- Women who are > 42 days postpartum can use CHCs without restriction (MEC Category 1).

Dalla nota informativa AIFA del 20 giugno 2018

- Lo studio EURAS-IUD ha dimostrato che: La percentuale di perforazione intrauterina osservata con gli IUC era bassa e si è verificata approssimativamente in 1 caso su 1.000 inserimenti; i fattori di rischio più importanti di perforazione uterina sono stati l'allattamento al seno al momento dell'inserimento e l'inserimento del dispositivo nelle 36 settimane successive al parto, indipendentemente dal tipo di IUC inserito; la IUC ha un'elevata efficacia contraccettiva: lo studio ha riaffermato che i benefici della IUC continuano a superare i rischi per la maggior parte delle donne, incluse quelle che stanno allattando o che hanno partorito di recente

Riassumendo...

- Contraccettivi con solo progestinico
- Contraccettivi ormonali combinati
- Dispositivi intrauterini
- Condom



Comportamento sessuale

Il comportamento sessuale umano è dato dall'integrazione tra loro di:

- una componente biologica
- e una basata sull'esperienza di ogni singolo individuo

Fasi reazione sessuale (H.S. Kaplan)

- Desiderio
- Eccitazione
- Orgasmo



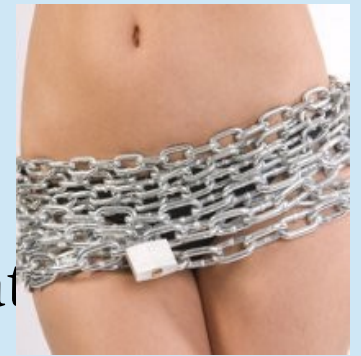
Disfunzioni sessuali femminili (DSM V)

- **Disturbo dell'interesse e dell'eccitazione** (che comprende i precedenti disturbi del desiderio e disturbi dell'eccitazione)
- **Disturbo da dolore/penetrazione genito pelvico** (che comprende i precedenti dispareunia e vaginismo)
- **Disturbo dell'orgasmo femminile**

Vaginismo e Dispareunia

Vaginismo: contrazione riflessa e involontaria dei muscoli del perineo e della vulva e dell'orifizio vaginale che impediscono la penetrazione necessaria per il coito. Secondo la terapia sessuologica quasi sempre di origine psicologica (di tipo psicoeducativo o fobico)

Dispareunia: dolore genitale associato al rapporto sessuale



Ulteriori distinzioni disfunzioni sessuali (DS)

Per identificare l'esordio della difficoltà vengono utilizzati alcuni sottotipi: **permanente/acquisito e generalizzato/situazionale**

Rapporto sessuale ed integrità psico-fisica

● Perché un rapporto sessuale possa risultare ben riuscito è indispensabile che sia preservata l'integrità fisica degli organi sessuali e un loro adeguato rifornimento da parte dei sistemi vascolare, neurologico ed endocrino.

Sebbene la maggior parte delle disfunzioni sessuali abbiano una causa psicologica è necessario escludere sempre una causa organica.

Una stessa patologia può avere effetti molto diversi sugli individui a seconda della loro precedente storia sessuale, della relazione con il partner e del loro stato psicologico.

E.....in gravidanza?

Paura in gravidanza di “fare male al bambino” o credenza che non si debba agire la sessualità durante la gravidanza.



E.....in gravidanza?

- Sono pochi i casi in cui sessualità controindicata in gravidanza
- Sesso in gravidanza quando è sconsigliato?
- Placenta previa
- Perdite ematiche
- Minaccia d'aborto/parto pretermine
-
- Sessualità in prossimità del parto...perchè potrebbe essere utile?

Sessualità dopo il parto...

Ci vuole un po' di pazienza. A prescindere dalle modalità con cui è nato il bambino, ossia per espulsione naturale o con parto cesareo, il corpo della donna ha bisogno di un po' di tempo per recuperare uno stato pienamente fisiologico. I tessuti dell'apparato genito-urinario devono ripararsi e riacquistare tono e funzionalità; l'utero deve ritornare nella posizione naturale e la cervice uterina deve "chiudersi"; eventuali cicatrici devono avere il tempo di guarire, senza essere sottoposte a stress esterni. Le mucose genitali femminili per un po' di tempo sono poco lubrificate, particolarmente fragili dal punto di vista immunologico e facilmente aggredibili da virus e batteri, richiedendo attenzioni igieniche e cure maggiori del solito

Sessualità dopo il parto

- Attenzione ad eventuali lacerazioni e/o episiotomie (cicatrizzanti)
- Dispareunia causata anche da secchezza vaginale (calo estrogeni) (gel lubrificanti e/o riepitelizzanti)
- Se bambino piuttosto grande possibile stiramento muscolo elvatore dell'ano con iniziale ridotta sensibilità e rischio anche di incontineza nell'immediato puerperio (riabilitazione piano pelvico)
- Carenza di ferro con stanchezza (terapia marziale)
- Calo estrogeni (spt se allattamento) abbassamento tono umore e PRL inibisce desiderio sessuale

Dispareunia dopo il parto

Indica il persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale. Può interessare l'entrata vaginale (dispareunia superficiale o introitale o vestibolare) o comparire a penetrazione completa (dispareunia profonda).

Un'anamnesi positiva di dispareunia già prima del parto, aumenta il rischio in puerperio di 2-4 volte e vi è una maggiore incidenza nelle primipare che nelle multipare. In puerperio può presentarsi a causa di:

- Secchezza vaginale, dovuta alla mancanza estrogenica, perché il dolore è un inibitore riflesso della lubrificazione.
- Della presenza di cicatrici delle lacerazioni o episiotomie, specialmente se non guarite per prima intenzione.

Sessualità dopo il parto

- Gli studi retrospettivi di Lydon-Rochelle e Signorello hanno analizzato il tempo intercorso tra il parto e la ripresa dell'attività sessuale in base al tipo di parto, evidenziando che il parto operativo, le lacerazioni di 3° e 4° grado e l'episiotomia richiedono un tempo maggiore. A 7 mesi dal parto infatti, il 40% dei parti operativi, rispetto al 29% dei parti spontanei, non avevano ancora ripreso l'attività sessuale. **Lo studio non ha però evidenziato differenze tra il parto spontaneo e il cesareo**

Sessualità dopo il parto

- **Le lacerazioni ritardano la ripresa dell'attività sessuale**
- Altri studi hanno messo in discussione l'associazione tra il grado delle lacerazioni perineali ed il tempo intercorso tra il parto e la ripresa dei rapporti sessuali I ricercatori dell'università di Berlino hanno valutato la percentuale di dolore nei rapporti a seconda del tipo di parto I tipi di parto considerati sono stati quattro:
 - a) spontaneo senza danni;
 - b) taglio cesareo;
 - c) episiotomia o lacerazione perineale;
 - d) parto operativo con forcipe o ventosa.

Sessualità dopo il parto

Alla ripresa dei rapporti, il 49% delle donne ha avuto un significativo **dolore alla penetrazione** (medio, severo o intensissimo), **che è stato massimo nelle donne che avevano avuto il parto operativo**. La persistenza del dolore oltre i sei mesi dal parto è stata, rispettivamente, del 3.5% (nel gruppo a), 3.4% (gruppo b), 11% (gruppo c), e 14% (nel gruppo d). Parto spontaneo senza traumi e taglio cesareo hanno la massima probabilità di consentire una normale ripresa della vita sessuale, senza dolore dopo il parto

Sessualità dopo il parto

- **Come si modifica l'eccitazione**
- L'eccitazione, secondo la bibliografia, nelle prime 6-8 settimane dopo il parto e durante l'allattamento, sembra venga ridotta a causa di una scarsa lubrificazione e assottigliamento della mucosa. Responsabile di ciò sono i bassi livelli di estrogeni e gli alti livelli di prolattina ai quali bisogna aggiungere un eventuale dolore perineale

Sessualità dopo il parto...orgasmo?

- Il tipo di parto, l'allattamento al seno, e l'episiotomia non sembra essere correlato con la difficoltà orgasmica o anorgasmia

Cause Organiche di DS

Una persona che si sente ammalata, debilitata o che provi dolore fisico è solitamente poco interessata al sesso. Ci sono però delle patologie che possono influenzare la reazione sessuale molto precocemente.

Disturbi epatici e renali provocano spesso diminuzione del desiderio; ci sono patologie che possono avere effetti endocrini sul cervello o il decorso della malattia può causare una diminuzione degli androgeni o un danno diretto agli organi sessuali (dopo il parto ipoestrogenismo e iperprolattinemia)

Stati Psicologici e DS



Stati Psicologici e DS

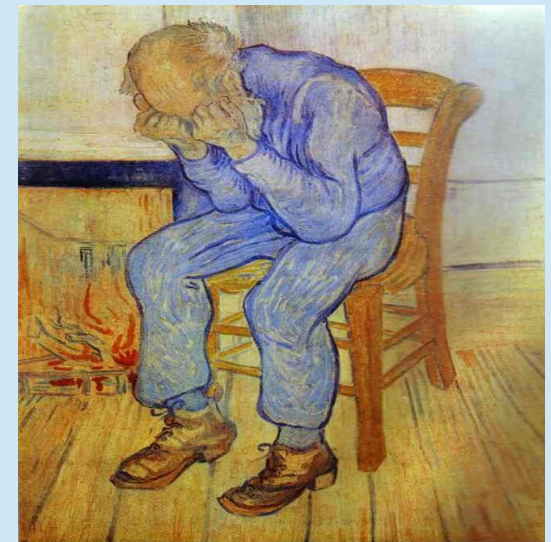
La sessualità può essere molto danneggiata da depressione, stress e affaticamento e alcuni esperti ritengono che questo fenomeno sia puramente di origine psicologica: sarebbe una reazione adattativa in base alla quale il soggetto deve concentrare tutte le sue risorse nella risoluzione dei problemi contingenti senza “sprecare” energie.



Stati Psicologici e DS

Bisogna tenere presente che risulta **assolutamente inutile accettare per una terapia sessuale un paziente affetto da una grave situazione stress o da depressione**, è invece corretto risolvere prima questo problema per poi affrontare, se ancora presente, la disfunzione sessuale.

Disturbo post-traumatico da stress?



Baby Blues

- Nei giorni immediatamente successivi al parto è considerato fisiologico un periodo caratterizzato da calo dell'umore e instabilità emotiva (la cosiddetta baby blues o maternity blues): **si stima che una percentuale collocabile tra il 30% e l'85% delle donne sperimenta e manifesta sintomi associabili a una leggera depressione post partum, ma caratterizzati da transitorietà (presentano una durata variabile da poche ore ad alcuni giorni) e che non necessariamente si trasformano in un vero e proprio disturbo.**

Baby Blues

- L'insorgenza del baby blues è, infatti, fisiologica poiché è direttamente conseguente al drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto (crollo degli estrogeni e del progesterone) e alla spossatezza fisica e mentale dovuta al travaglio e al parto

Baby Blues

- La notevole diffusione del baby blues suggerisce un adattamento psicofisico agli importanti cambiamenti che intervengono nella vita di una donna quando diventa madre; per il suo carattere transitorio e la scarsa entità della sintomatologia non richiede generalmente trattamenti specifici e non implica conseguenze a lungo termine. **E' importante tuttavia identificare le donne con maternity blues perché è stato stimato che circa il 20% dei casi evolve in un episodio depressivo maggiore nel corso del primo anno successivo al parto**

Baby Blues o Depressione post-partum?



Depressione post-partum

- Ben più intensi e duraturi dei sintomi del baby blues sono invece quelli della **depressione post-partum**, un disturbo da non sottovalutare che può avere diversi livelli di gravità. La neomamma è in questi casi colpita da uno stato di malessere profondo ed invalidante, che si può manifestare con una sensazione di tristezza continua, ansia, paura, senso di inadeguatezza e colpa, di fallimento ed inutilità, mancanza di entusiasmo, irrequietezza o perenne stanchezza, perdita dell'appetito e del sonno, preoccupazione ingiustificata ed eccessiva nei confronti del bambino o al contrario totale disinteresse verso il neonato.

Depressione post-partum

- La vera e propria depressione post-partum o depressione post-natale (DPN) sembra colpire circa il 10-15% (Centers for Disease Control and Prevention, 2008) delle donne. Il DSM (Diagnostic and Statistica Manual of Mental Disorder; American Psychiatric Association) considera la depressione post-natale come una forma di depressione generale specificata come **“depressione postpartum”** se ha esordio **entro le prime quattro settimane successive al parto**

Depressione post-partum DSMV

- I criteri del DSM 5 per questo disturbo richiedono che sia presente, quasi ogni giorno per un periodo di almeno due settimane:
- umore depresso, per la maggior parte del tempo, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per esempio si sente triste, vuoto, disperato) o come osservato da altri (per esempio appare lamentoso);
- marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno

Depressione post-partum DSMV

- Devono inoltre essere presenti almeno 5 o più dei seguenti sintomi, perduranti per un periodo di almeno due settimane:
- significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito;
- insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni;
- faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni;
- sentimenti di autovalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi tutti i giorni;
- ridotta capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi tutti i giorni;
- pensieri ricorrenti di morte, ricorrente idea suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Depressione post-partum

- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti. Si presentano in modo conclamato tra le otto e le dodici settimane dopo il parto, periodo che è stato individuato come picco di insorgenza più frequente
- I sintomi della depressione post partum non sono transitori e possono persistere, variando d'intensità, anche per molti anni, e quindi avere conseguenze più o meno significative non solo sulla salute mentale della donna, ma anche sulla relazione madre-bambino, sullo sviluppo del bambino e sull'intero nucleo familiare.

Depressione post-partum

- Prevenzione della depressione post-natale
- Molto si sta facendo a livello generale per individuare e supportare i cosiddetti “soggetti a rischio” di depressione post partum (incontri psicoeducativi precedenti al parto, screening di routine nelle settimane immediatamente successive al parto, affiancamento e supporto nelle cure al neonato alle donne che ne facciano richiesta dopo il parto da parte del Servizio Sanitario Nazionale sono solo alcuni esempi), ma resta il fatto che **spesso la depressione post natale non viene riconosciuta in tempo: in parte per la sua insorgenza insidiosa e in parte perché la maggior parte delle neo-mamme tende a nascondere i propri sintomi di depressione**

Depressione post-partum

- Sono pochissime quelle che ricercano spontaneamente l'aiuto di uno specialista, così da ridurre la propria sofferenza e limitare quelle che, inevitabilmente, possono diventare le conseguenze che questo disturbo potrebbe avere su madri e figli. E' dunque fondamentale la tempestività, avere la possibilità di parlarne con professionisti del settore (ginecologi, ostetriche, infermieri, medici di base), che potranno indirizzare le donne interessate a psicoterapeuti specializzati nella cura della depressione post partum.

Depressione – Desiderio -Farmaci

- Correlazione tra depressione e desiderio sessuale
- Utilizzo di farmaci antidepressivi e desiderio sessuale

Depressione post-partum

- Trattamento farmacologico della depressione post-natale
- Discorso a parte merita invece il trattamento farmacologico. Ad oggi i dati di letteratura sull'efficacia del trattamento farmacologico della depressione post partum sono limitati. La motivazione è essenzialmente di tipo etico: le madri sono restie ad assumere farmaci durante il periodo di allattamento per gli effetti che questi potrebbero avere sul bambino. Anche se i pochi studi che sono stati condotti finora sembrano dimostrare che la quantità di farmaci a cui potrebbe essere esposto il bambino è minima e che non trattare adeguatamente una depressione post partum potrebbe portare a delle conseguenze cognitive ed emotive più gravi sul bambino rispetto al non trattarla affatto, è orientamento diffuso quello di non trattare farmacologicamente queste madri
- Psicoterapia di gruppo o individuale,

DS e Farmaci



Farmaci Psicotropi e DS

In generale gli effetti sulla sfera sessuale dei farmaci psicotropi non sono specifici, tuttavia alcuni dei farmaci in uso contro gli stati psicotici, ansiosi e depressivi possono avere influenza sulla reazione sessuale a causa dei loro effetti periferici e centrali sul sistema nervoso autonomo.

DS e antidepressivi

Farmaci antidepressivi come SSRI (paroxetina, sertralina) poiché aumentano la biodisponibilità di serotonina inibiscono risposta sessuale (più serotonina meno attività sessuale).

Dei 5 (forse 6) recettori x serotonina tutti inibiscono la risposta sessuale, cambia l'intensità con cui ciò accade,

La paroxetina è quella che interferisce di più (USA poco usata perché causa calo desiderio).

Interferiscono meno sertralina citalopram ed escitalopram.

DS e antidepressivi



Le F maggiore sensibilità ai farmaci dei M.

Effetto non dose-dipendente ma di fatto provando ad abbassare la dose di farmaco si può ridurre la disfunzione sessuale.

Se assunzione frazionata (es 9 e 21) provare ad eliminare la dose del mattino ad esempio al fine settimana in modo da fare la sessualità prima dell'assunzione.

Sessualità torna normale entro un mese dalla sospensione.

DS e ansiolitici

Ansiolitici **benzodiazepine** effetto miorilassante (ipotesi di riduzione performance_spt erezione)

Meglio quelli ad emivita più lunga (es delorazepam –EN-) per i minori effetti collaterali

DS e altri farmaci

Antiistaminici: diminuzione attività sessuale

Alfametildopa: riduzione attività sessuale

Diuretici: riduzione attività sessuale

Calcioantagonisti: riduzione attività sessuale (anche se in misura minore)

Ace-inibitori: meno effetti collaterali dal pdv delle DS

Dopamina: può aumentare il desiderio (soggetti parkinsoniani in trattamento farmacologico con L-DOPA riportano un miglioramento della risposta sessuale)

DS e contraccettivi ormonali

Diminuita lubrificazione eventuale utilizzo di lubrificanti

Alcune combinazioni di COC possono influire più o meno su **desiderio** e temere sempre in considerazione la variabilità e la sensibilità individuale, indagare eventuale dolore nei rapporto che poi potrebbe causare calo del desiderio



Ultime considerazioni...

Mito da sfatare: il sesso deve essere spontaneo

- I giorni della spontaneità nel far l'amore, se non proprio finiti saranno sicuramente molto, molto ridotti, visto che “qualsiasi cosa (anche andare al supermercato) nella nuova vita a tre richiede una pianificazione”.
- Quindi, **“invece di aspettare che succeda, bisogna farlo succedere. Programmare una serata per il sesso può sembrare la cosa meno sexy del mondo, ma serve”. E poi “il sesso programmato è sexy. Perché implica la decisione di mettere al primo posto il rapporto e l'intimità di coppia”.**

Ultime considerazioni...

Un altro mito da sfatare: sesso = rapporto sessuale

- Questa equazione porta a pensare che sia possibile solo “tutto o niente”.
- Mentre invece “sesso può essere anche molte altre forme di intimità, di carezze, di piacere.
- Che sono utili durante il periodo di recupero fisico successivo al parto





Ultime considerazioni...

Parlare con il partner

- Perché il buon sesso inizia con una buona comunicazione con il partner: per chiarire fraintesi, per esprimere le proprie aspettative, per dirgli che cosa vi piace e che cosa no.

Prendersi cura di sé

- Perché è un modo per “ricaricarsi” emotivamente e rilassarsi, e per sentirsi più belle. Cose fondamentali per il sesso.

Ultime considerazioni...

Prendersi cura della propria relazione

- Perché anche il rapporto di coppia ha bisogno di attenzione, e quindi bisogna trovare il tempo per stare in due invece che in tre.

Prendersi il proprio tempo

- Non aver paura di fare le cose con calma, di riprendere piano piano la vita sessuale. Generalmente, dopo il parto, servono almeno sei settimane prima che una donna sia di nuovo pronta fisicamente. A volte anche molto di più psicologicamente

Grazie per l'attenzione



