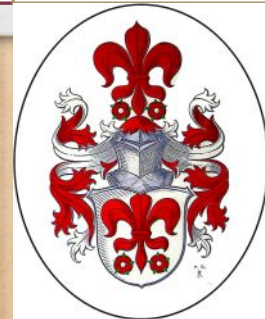


Provocări în identificarea și
managementul afecțiunilor psihologice și
psihiatrice la gravide și lehuze

Șef lucrări Dr. Habil **Furău Cristian George**

Medic primar obstetrică-ginecologie, UVVG, SCJU Arad

SAD- 30-31.X.2021



Afecțiuni psihiatrice- ceea ce ar trebui să știm deja

Sunt frecvente, chiar dacă nu dorim să le recunoaștem prezența și să discutăm despre ele

- Prevalență 20-48%, crescută în rândul comunităților defavorizate- 50% din gravide sunt neinvestigate sau sumar investigate
- 1 din 5 femei va dezvolta o formă de depresie în sarcină sau lehozie!!!
- Depresia reduce mult capacitatea femeii de a avea grijă de sine și de făt/copil și crește riscul spre abuz de substanțe, fumat și alcool
- Complanța mai redusă pt consulturi pre și post natale, dar și pt tratamente
- Prezența anxietății sau a tulburărilor de stare este un predictor puternic pt afecțiuni psihiatrice în postpartum
- Management în echipă multidisciplinară: obstetrician, pediatru, psihiatru, psiholog, familie, grup de suport

Afecțiuni psihiatrice- cum le putem identifica?

Screening de rutină sau doar la populația la risc?

- Observație și discuție cu pacienta (și/sau partenerul acesteia) – **experiență clinică**
- Anamneză privind APP psihiatrice („atacuri de panică”, anxietate, depresie, alte tulburări psihotice majore)
- Chestionare
 - PHQ (Prime MD- Patient Health Questionnaire)
 - BDI (Beck Depression Inventory)
 - Scala Hamilton, etc ...
- Observarea și discutarea **comportamentelor la risc**
 - Fumat
 - Alcool
 - Droguri sau alte substanțe periculoase
- Tulburări psihosomatice
 - ! La modificarea greutateii corporale
 - ! La schimbarea stărilor și dispoziției
 - ! LA tiparele de somn și energie

Afecțiuni psihiatrice- factori de risc?

- **Socio-economici**

- Violența domestică și/ sau abuzul
- Suport al partenerului sau/și social scăzut, dificultăți maritale
- Evenimente de viață negative
- Migrația
- Statut socio-economic precar

- **Psihologici**

- Istoric de depresie sau anxietate la sarcinile anterioare sau în antecedente
- Abuz de substanțe
- Istoric familial de afecțiuni psihiatrice

- **Biologici**

- Afecțiuni medicale cronice
- Nașterea prematură sau fătul cu greutate mică
- Multiparitatea
- Alăptarea redusă sau ablactarea precoce
- Deprivarea de somn

(Dias CC,2015, Khalifa DS,2016, Alder E,1988, Muscat T,2014, Sharkey KM,2016)

Abuzul de substanțe și adicția/dependența

Mult mai frecvente decât credem! Cum depistăm abuzul? Efecte adverse copil

- Asociază frecvent o afecțiune psihiatrică
- Fumatul crește riscul de IUGR, întârziere de creștere și dezvoltare
- Alcoolul poate afecta major dezvoltarea creierului și genera adicție la nou-născut
- Benzodiazepinele și barbituricele pot reduce substanțial populația de neuroni fetalii
- Canabisul poate induce tulburări de dezvoltare și comportament (! ADHD)
- Cocaina induce microcefalie și anomalii cardiovasculare și musculoscheletale
- Opioidele pot genera adicție

Depresia majoră în sarcină

Cea mai frecventă afecțiune unipolară la femei de vârstă reproductivă

- Debut precoce, recurență, cronicizare, asociază comorbidități
- Dificil de diagnosticat în sarcină (multe simptome comune cu cele din sarcină)
- ! La tristețe marcată zilnică și anhedonie
- Adresabilitate foarte scăzută către specialist
- ! La abuzul de substanțe și relații conflictuale în cuplu
- Asociază risc crescut de naștere prematură, IUGR și preeclampsie
- Posibile asocieri cu încetinirea dezvoltării copilului, comportamente antisociale și criminalitate crescută la copii proveniți din mame cu depresie în sarcină
- Predictor puternic pt depresia postpartum

Depresia majoră în sarcină

Ce putem face?

- Chestionare/teste screening- au acceptabilitate bună => diagnostic precoce
- Consiliere psihologică și suport social
- Psihoterapie
-
- Medicație de specialitate
 - ! La riscul malformativ fetal
 - ! La reacții adverse și complianță
 - ! La riscul tratării ineficiente sau și de recidivă

Tulburările de anxietate în sarcină

Sarcina între binecuvântare și o sursă majoră de stress

- Afectează 10% dintre femei într-un an (anxietate, atac de panică, tulburare obsesiv compulsivă, stress posttraumatic)
- Sarcina poate crește riscul pt astfel de tulburări
- Diagnostic dificil de stabilit
- Pot apărea episoade pronunțate de frică, senzație de pierdere a controlului însoțite de simptome ca și: dispnee, amețeală, palpitații, durere toracică, tremurături, transpirație, greață, parestezii, etc
- Poate asocia risc crescut de naștere prematură și preeclampsie
- Tratamentele non farmacologice sunt eficiente
 - Terapie psihocomportamentală
 - Tehnici de relaxare
- Medicația de specialitate este recomandată doar cazurilor severe
 - ! A se evita benzodiazepinele

Tulburarea bipolară și schizofrenia în sarcină

Cooperarea interdisciplinară este crucială! RISC MAJOR!

- Afecțiuni psihiatrice majore mai rare cu debut și mai rar în timpul sarcinii
- Pot necesita spitalizare îndelungată pe secția de psihiatrie
- Medicația poate afecta nou-născutul
- Episoadele maniacale sau hipomaniacale pot asocia risc crescut de impulsivitate, abuz de substanțe
- Risc suicidar crescut în perioadele de depresie
- Risc malformativ fetal major, mai ales la sarcinile neplanificate
- Risc major de recidivă în postpartum

Tristețea post-partum (“Baby blues”)

Nu este o afecțiune psihiatrică propriu-zisă, dar psihicul este afectat

- sindrom alcătuit din **dispoziție tristă**, ce poate fi acompaniată și de labilitate afectivă, anxietate, **insomnie**, scăderea apetitului și **iritabilitate**
- apare, uzual, în **prima săptămână** după naștere (frecvent între zilele 3 și 5 după naștere, concomitent cu apariția lactației)
- entitate subclinică la 70-80% din noile mămici, **mai ales** la cele cu naștere prematură, copii aflați în NICU, dificultați în alăptare
- **asociază** vulnerabilitate și progresie crescută spre depresie post-partum
- de regulă nu asociază riscuri crescute pt nou-născut
- Durata este de regulă între 1 – 7 zile, cu regresie spontană și totală a simptomatologiei
- Rareori, evoluează spre depresie post-partum sau psihoză puerperală (după o săptămână sau două)
- **Răspunde favorabil** la intervenții de model psihologic:
 - simpla consiliere psihologică individuală sau de grup
 - aplicarea unor măsuri de psihoeducație, până la
 - intervenția psihoterapeutică scurtă, de tip cognitiv-comportamental, administrată într-un număr redus de ședințe.

Depresia post-partum

Cea mai comună complicație a nașterii! (1 / 7 femei)

- apare, de regulă, la 2 până la 8 săptămâni de la naștere și poate fi în prelungirea unei tristeți post-partum (“baby blues”), **anhedonia** fiind tipică
- Simptomatologia poate include: dispoziție depresivă cu sau fără iritabilitate, astenie, plâns facil, **ideeții suicidară** (care impune spitalizarea pacientei!), deziluzie, pesimism, obsesii fobice, cel mai frecvent de tip impulsive (**teama de a nu face rău nou-născutului**), cu efectuarea unor diverse compulsii ca și răspuns la obsesii
- durează în medie între 3 și 12 luni (durata mai scurtă sub tratament)
- prezintă o recurență în 30 – 50% din cazuri.
- poate să evolueze spre **depresie cronică**.
- are ca și consecință afectarea relației precoce dintre mamă și copil și dezvoltarea ulterioară a copilului
- Subdiagnosticată cel mai adesea și manageriată deficitar predominant în cadrul familiei mici
- Nerecunoscută și persiflată de multe ori de partener, este responsabilă de o creștere de 70 de ori a riscului de mortalitate specific vârstei (! act suicidar și pruncucidere)

Depresia post-partum

Atenție! Vigilență! Suport! Implicare activă a partenerului!

- Majoritatea **psihotropelor se elimină și prin laptele matern**.
- Este preferabil ca pentru a înlătura orice risc la nou-născut să se întrerupă alimentația naturală a acestuia, cu trecerea la **alimentație artificială**.
- În situația în care mama nu dorește acest lucru, trebuie ca aceasta să fie corect și exhaustiv informată asupra consecințelor negative ce ar putea să apară la nou-născut datorită eliminării medicației psihotrope prin laptele matern.
- Decizia finală vis-a-vis de administrarea sau nu a medicației antidepresive la mama trebuie să se facă exclusiv în baza aprecierii **balanței risc – beneficiu**
- O alternativă terapeutică, cu mai puține riscuri la femeile care alăptează, o reprezintă **intervenția psihoterapeutică**.
- **Psihoterapia interpersonală** este eficientă în depresia post-partum, ameliorând simptomele depresive și îmbunătățind adaptarea socială, și reprezintă în consecință o alternativă la farmacoterapie, în special pentru femeile care doresc să continue alăptarea nou-născuților.
- **Intervenția psihologică**
 - de tip consiliere psihologică nondirectivă,
 - terapia cognitive-comportamentală și
 - terapia psihodinamică au eficacitate diferențiată la mamele cu depresie post-partum.

Psihoza post-partum

Drama unei familii și/sau comunități

- Prevalența psihozei post-partum (incluzând și episoadele bipolare cu simptome psihotice) a fost de aproximativ 1 până la două 2 cazuri din 1000 de femei aflate în perioada post-partum și aceasta pare să nu difere în mod semnificativ de la o cultură la alta.
- Gravitatea ei excepțională este dată de riscul crescut atât de suicid, cât și de infanticid
- Debutul se produce de regulă după primele 2-4 săptămâni de la naștere
- Factori de risc asociați psihozei post-partum: Antecedente psihiatrice personale și familiale, Primiparitatea Complicații obstetricale și perinatale.

Tabloul clinic:

- Idei delirante instalate în mod acut, nesistematizate, cu tematică centrată pe copil
- Mai poate dezvolta tematici delirante paranoide de referință, persecuție, gelozie și grandoare
- Oscilații rapide ale dispoziției afective, Uneori un tablou subconfuzional în care predomină în special dezorientarea situațională
- Uneori pot fi prezente trăirile halucinatorii, Comportament marcat dezorganizat

Evoluția poate fi uneori favorabilă, alteleori cu recidive în perioada ulterioară în peste 50% din cazuri sau în 30% din situațiile de sarcină ulterioară. De asemenea, poate evolua spre tulburare afectivă bipolară sau spre schizofrenie.

În primul rând datorită riscului de infanticid, trebuie de îndată separate nou-născutul de mamă.

Este necesară spitalizarea voluntară sau involuntară a mamei pentru o mai atentă supraveghere a evoluției psihozei și a administrării tratamentului. Medicația de primă linie este cea antipsihotică, se preferă antipsihoticele de nouă generație, dar și asocierea de medicamente sedative în perioadele de agitație psihomotorie.

După remisiunea simptomatologiei psihotice la nivel satisfăcător, se pot iniția tehnici de consiliere psihologică, psihoeducație și chiar intervenție psihoterapeutică individuală.

Afectarea psihologică în situații obstetricale particulare

Stressul matern poate sta la baza unei afectări psihologice și/sau psihiatrice

Stressul/Afectarea psihologică maternă

Subiectiv- cauzat de:

- Educație (deficitară), bariere de limbaj, culturale și etnice
- Screeningul pt malformații fetale și afecțiuni ce pot complica sarcina
- Travaliu și naștere
- Alăptare și îngrijirea nou-născutului
- Reintegrarea în societate după naștere

Obiectiv- cauzat de:

- Rezultat anormal al unui test prenatal (test screening sau diagnostic)
- Terminarea sarcinii din cauze medicale
- Avortul spontan/ recurent
- Decesul fetal antenatal sau peripartum
- Abuzul de substanțe
- Violența domestică

Vă mulțumesc pentru atenție!

The moment a child is born, the mother is also born. She never existed before. The woman existed, but the mother, never. A mother is something absolutely new.

 SayingImages.com



BEING A MOM
is worth
every stretch mark
wrinkle, and
sleepless
night.

