ASPECTE ETICE ÎN MANAGEMENTUL DEPRESIEI POSTPARTUM

C. BĂCILĂ, C. ANGHEL, D. VULEA
bacila_c@yahoo.com

Title: “Ethical aspects in the management of postpartum depression”

Abstract: Postpartum depression is a relatively frequent psychiatric pathology that involves some challenges in the management and treatment of the case due to the increased risk of suicide and infanticide. Having a relatively early postpartum onset within 4-12 weeks, this pathology may have psychological, social and family repercussions in the long term, both on mother and father, but especially on the child. Postpartum depression is a relatively frequent psychiatric pathology involving some challenges in managing and treating the case due to the increased risk of suicide and infanticide. Having a relatively early postpartum onset within 4-12 weeks, this pathology may have psychological, social and family repercussions in the long term, both on the mother and father, but especially on the child.

Postpartum depression manifests with symptoms typical of all depressive episodes, such as depressed mood, irritability, low tolerance to frustration, anxiety, hypersomnia, but also more specific symptoms such as feelings and guilty thoughts about correct child development, lack of empathy, lack of maternal behavior. Emotional, socio-cultural and physiological factors play an important role in the onset of this symptomatology.

Postpartum depression raises ethical concerns about the proper conduct of the doctor. In this article we will address both deontological aspects such as doctor-patient confidentiality, suicide and infanticide, as well as the legal aspects that may occur in such situations. Thus, postpartum depression is a therapeutic challenge because of the multiple social, family and legal interferences it presents.

Keywords: *postpartum depression; infanticide; doctor-patient confidentiality; ethics;*

Datorită incidenței crescute a modalității de expunere în mass-media a acestor cazuri, cu tentă de stigmatizare, am ales acest subiect în încercarea de a clarifica patologia legată de depresia postpartum, legislația în vigoare și aspectele etice.

Bolile psihice apărute în perioada perinatală până la 3 luni postpartum reprezintă o problemă de sănătate mentală întâlnită frecvent, aproximativ 25% dintre femei având în această perioadă patologie psihiatrică postpartum. Modificările dispoziției pot apărea atât fiziologic, “baby blues”, cât și patologic, depresia postpartum. [1][2][3]

Starea de “baby blues” se manifestă în primele zece zile postpartum și se caracterizează prin stări de neliniște, anxietate, iritabilitate cu toleranță scăzută la

frustrări, tristețe moderată, schimbări bruște ale dispoziției și stări de oboseală. Această simptomatologie se remite spontan fără a fi nevoie de intervenție psihiatrică și reprezintă perioada de adaptare a mamei la noua situație.

În comparație cu “baby blues”, depresia postpartum debutează în primele 4 săptămâni, conform DSM-5, însă după mai mulți autori perioada poate dura până la 12 săptămâni. [4]

Simptomele depresiei postpartum sunt: dispoziție depresivă, anxietate, anhedonie, tulburări de apetit alimentar, tulburări ale ritmului nictemeral, iritabilitate, toleranță scăzută la frustrări, plâns facil, fatigabilitate, idei de vinovăție, vid interior, multiple acuze somatice polimorfe.

Gândurile depresive care apar frecvent după naștere (autoacuzare, sentimente de vinovăție) sunt rezultatul următoarelor situații: standarde foarte ridicate de a fi o mamă perfectă sau senzația ca nu este capabilă să își iubească propriul copil suficient, capacitate scăzută de a empatiza cu copilul sau lipsa de afecțiune maternă, fapt ce va influența pe termen lung relația dintre mama și copil.

O atenție deosebită trebuie acordată apariției ideății suicidare sau teama de a nu face rău copilului.

Există o serie de factori emoționali, socio-culturali și fiziologici care determină apariția simptomatologiei depresiei postpartum. Dintre factorii emoționali amintim următorii: o sarcină neplanificată, modificări neașteptate în relația și rutina de cuplu care cresc anxietatea, modificarea imaginii corporale asociate nașterii copilului, modificări în stilul de viață și sentimente de vinovăție ale mamei, uneori apărute și datorită dificultăților de alăptare, presiunea de a crește copilul cât mai aproape de standardele impuse de literatura curentă de parenting.

Între factorii socioculturali enumerăm următoarele deziderate: maternitatea este instinctivă, se presupune că din momentul zero al nașterii mama ar trebui să simtă cum să se poarte cu copilul sau ce sentimente să aibă față de el imediat. De cele mai multe ori, în special la primele sarcini, acest lucru apare în timp în urma adaptării la noua situație apărută în viață. Un alt deziderat este că mama trebuie să fie perfectă, de unde reiese și presiunea societății asupra mamei, reușind astfel să modifice și mai mult încrederea în propriile capacități materne, astfel având ca și consecință apariția anxietății și a îndoielilor față de propriile acțiuni, față de comportamentul matern.

În ceea ce privește factorii fiziologici, depresia postpartum are ca și posibilă cauză modificările hormonale bruște ce apar după naștere. Astfel, nivelul de hormoni tiroidieni poate să scadă puternic după naștere, determinând apariția unei hipotiroidii cu rezultatul producerii simptomatologiei. De asemenea, apariția alăptării este secundară creșterii nivelului de prolactină și scăderii nivelului de dopamină în diferite zone ale sistemului nervos. Alți factori care influențează apariția depresiei postpartum sunt tulburările hipnice și modificările randamentului cotidian, însoțite de fatigabilitate extremă.

Se știe că deficiența de dopamină este asociată cu debutul simptomatologiei depresive și al anxietății. Un lucru important de subliniat este că aceste tulburări hormonale ce pot determina depresia postpartum apar atât în avortul spontan, cât

și în nașterea cu făt mort. Important de reținut este că acești factori fiziologici pot augmenta apariția depresiei postpartum atunci când sunt implicați și alți factori de risc, precum: simptomatologia depresivă anterioară, lipsa suportului socio-familial, problemele financiare apărute de novo, problemele familiale, pacientă aflată la prima sarcină și episodul depresiv atât în timpul sarcinii, cât și anterior acesteia (în această categorie intră și episodul depresiv din tulburarea afectivă bipolară).

Depresia postpartum are efecte negative atât asupra mamelor, copiilor, cât și asupra taților. În general se pleacă de la un impact negativ asupra copilului, soțului, până la pericolul de apariție a unui risc recurent și tentativă de suicid a mamei.

În relația mamă-copil, în cazul unei mame afectate de depresie postpartum, apare lipsa de empatie în relația afectivă, lipsa comportamentului matern care cu timpul poate determina apariția simptomelor negative și apariția depresiei la copil. [5]

Efectele depresiei asupra comportamentului matern se manifestă prin imposibilitatea de a reacționa la plânsul copilului, la tentativele copilului de a interacționa mimic cu mama determinând scăderea expresiei faciale a mamei și apariția simptomelor negative. Practic, se poate vorbi despre apariția indiferenței față de copil până la abandon, furie, sau în cazuri mai severe apariția factorului de risc infanticid.

Efectele simptomatologiei depresive asupra copilului se manifestă prin modificări ale comportamentului infantil cu scăderea expresiei emoționale a sentimentelor pozitive, apariția mai frecventă a plânsului, lipsa de contact vizual, evitarea constantă a interacțiunii cu alte persoane. Toate acestea pot fi înțelese ca un mecanism al copilului de a se proteja pe el însuși de comportamentul matern nonresponsiv.

Prevalența depresiei paterne ce apare din primul trimestru de sarcină până în primul an postpartum este de 10,2%, "depresia mamelor reprezintă un factor de risc în apariția simptomatologiei depresive la tați". [6]

În depresia postpartum, ca și tratament, importantă de menționat este intervenția psihoterapeutică, însoțită sau nu de terapie farmacologică (în funcție de intensitatea depresiei), sau alte metode alternative de tratament cum ar fi:

- tratamentul cu estrogeni care este puțin studiat (crește riscul de tromboză venoasă profundă și de cancer endometrial);

- terapia prin lumină care este o formă alternativă de tratament și se realizează prin expunerea în fața unei lămpi fluorescente cu intensitate mare (2500-10000 lucsi), iar nivelul de expunere se crește gradat până la 1-2 ore în fiecare dimineață; [7]

- terapia electroconvulsivantă care este o formă eficientă și sigură de tratament deoarece în anumite situații agenții farmacologici au anumite restricții datorită interacțiunilor medicamentoase sau a riscului de secreție în laptele matern cu consecințe importante asupra nou-născutului.

Alăptarea la sân are o importanță bidirecțională mamă-sugar ce implică multe beneficii emoționale și fizice. De aceea, medicația antidepresivă sigură ce se poate folosi în timpul alăptării, este constituită din inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, medicația de primă intenție în tratamentul simptomatologic.

În 10 decembrie 1948, Adunarea Generală a ONU a adoptat și proclamat "Declarația universală a drepturilor omului" unde se stipulează că toate ființele umane se nasc libere și egale în drepturi. Astfel, o garanție importantă pentru protejarea dreptului la viață este realizată prin apariția cadrului juridic necesar incriminării acțiunilor ce amenință viața.

În Codul Penal din 1936, tentativa de pruncucidere era incriminată pe când în Codul Penal din 1968 mama era incriminată doar dacă acțiunea mamei se solda cu decesul nou-născutului. În literatura de specialitate există două terminologi care desemnează acțiuni similare, având cauze diferite. Astfel afirmăm că termenul de "pruncucidere" este diferit de cel de "filicid". "Pruncuciderea" este infracțiunea în care mama își ucide copilul nou-născut în momentul apariției unor tulburări psihice sau fizice care implică un discernământ scăzut, iar "filicidul" reprezintă infracțiunea în care mama are discernământ, iar copiii au vârstă preșcolară-școlară.

În situația în care medicul se găsește în proximitatea unei tentative de pruncucidere, confort art. 30 din Codul Deontologic Medical, are obligația etică de a acorda asistență la nivelul posibilităților momentului și locului, ori să se asigure că cel în cauză primește îngrijirile necesare, urmând ca pentru acțiunea mamei să se solicite organele competente în vederea evaluării ei.

În managementul depresiei postpartum, în care este bine cunoscut atât riscul de suicid, cât și cel de pruncucidere, un aspect important de luat în considerare din punct de vedere etic, deontologic și legal este cel al confidențialității medic-pacient.

După cum este bine cunoscut, caracteristicile secretului medical sunt speculate în "Codul de Deontologie Medicală" adoptat în data de 6 iunie 1997 de către Adunarea Generală a Colegiului Medicilor din România. [8]

Sub incidența normelor juridice în fața cărora medicul are o răspundere, atât din punct de vedere al raportului juridic cu persoane fizice sau juridice, cât și cu instituții, cad răspunderea civilă, penală și contravențională, materială sau disciplinară. Divulgarea secretului profesional implică o răspundere de ordin penal și este speculat în Codul Penal art. 196 CP, art. 78/legea 3/1978:

"Art. 196. (1) Divulgarea, fără drept, a unor date de către acela căruia i-au fost încredințate, sau de care a luat cunoștință în virtutea profesiei ori funcției, dacă fapta este de natură a aduce prejudicii unei persoane, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă. (2) Acțiunea penală se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate. (3) Împăcarea părților înlătură răspunderea penală." [9]

"Art. 16: Secretul profesional trebuie păstrat și față de aparținători dacă pacientul nu dorește altfel." [8]

Faptul că secretul profesional este necesar a fi păstrat și față de aparținătorii pacienței ridică un conflict etic, moral și legal în cazul în care pacienta afirmă unele gânduri cu potențial de evoluție spre ideatie autolitică sau pruncucidere, sau dacă medicul are o suspiciune asupra acestor fapte. Aceasta situație împiedică informarea și atenționarea soțului și a familiei despre apariția riscului unei ideatii recurente de suicidare sau pruncucidere, astfel neputând fi alertate în timp util autoritățile competente pentru managementul terapeutic optim în aceste situații.

Din punct de vedere juridic, însă, medicul are obligația de a alerta forțele de ordine în cazul în care, în context medical, obiectiv, află că bunăstarea publică, a unei persoane sau chiar a pacienței este amenințată în mod direct și sigur.

În concluzie, depresia postpartum este o patologie frecventă a zilelor noastre, patologie care este important să fie recunoscută în jurul nostru pentru a putea fi evaluată și tratată în timp util. Chiar dacă statisticile indică un anumit procentaj, mereu va exista o marjă de eroare datorată simptomatologiei subclinice și lipsei de adresabilității. Problemele etice și morale ce se ivesc în cadrul depresiei postpartum derivă din interacțiunile sociale ale mamei și ale oamenilor importanți din jurul ei.

Bibliografie:

1. Molenaar NM, Brower ME, Kamperman AM, et al. (2019) Recurrence of depression in the perinatal period: Clinical features and associated vulnerability markers in an observational cohort. *PloS ONE* 14(2): e0212964;
2. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. (2014) Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 384(9956):1775–88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)612769](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)612769) PMID: 25455248 2;
3. Lopez O, Blanco C, Keyes K, et al. (2008) Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 65(7):805–15. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805> PMID: 18606953;
4. O'Connor E, Senger CA, Henninger M, et al. (2019) Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *AHRQ Publication* No. 18-05243-EF-1;
5. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*. 2011; 10(2):93–102. PMID: 21633678;
6. Paulson JF, Bazemore SD. (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 303(19):1961–9. doi: 10.1001/jama.2010.605;
7. Udangiu LN, Moldovan M, Petru E, et al. (2010) Managementul clinic si terapeutic in depresia postpartum. *Management în sănătate* XIV/4; pp. 23-24;
8. Colegiul Medicilor din Romania. (1997) Codul de Deontologie Medicala
9. Codul Penal al Romaniei (1978) art. 196 CP, art. 78/legea 3