

SUICID MATERNAL: CONSECINȚE PRACTICE PENTRU PREVENȚIE

Maternal suicide: practice result for preventive custody

Conf. Dr. Lorant L. Hecser, Dr. Harald Jung, Dr. Katalin Palfi Siklodi
Institutul de Medicină Legală Târgu Mureș

REZUMAT

Moartea maternă a fost tradițional definită ca fiind decesul care survine în orice timp în cursul sarcinii și la 42 zile post-partum, cu o clasificare suplimentară ca directă, indirectă sau incidentală. Este adevărat că suicidul în cursul maternității rămâne mai puțin frecvent decât în alte perioade de viață a unei femei. Totuși, el este responsabil de o parte a deceselor maternale din timpul sarcinii și în post-partum, ce nu poate fi neglijată, și ar fi desemnat de unii autori ca principala cauză de deces maternal în timpul acestei perioade.

Cuvinte cheie: suicid maternal, prevenție

ABSTRACT

Maternal deaths were traditionally defined as occurring any time during pregnancy and up to 42 days postpartum, with additional classification as direct, indirect or incidental. It is true that suicide at motherhood is not so frequent as during other times in a women's life. Nevertheless, it is a not so negligible contributor to mothers' mortality at the times of pregnancy and post delivery, being even, according to some authors, the main cause of mothers' mortality.

Key words: maternal suicide, preventive custody

Evaluarea de deces maternal legat de morbiditate psihiatrică în perioada perinatală supune problema severă: definiția și clasificarea decesului maternal, dificultate de descoperire toate decese maternale și definiția a morbidității maternale și mortalitatea de cadavru maternal (1).

Moartea maternă a fost suplimentar definită ca survenind în oricare timp în cursul sarcinii și la 42 zile post-partum cu o clasificare suplimentară ca *directă*, *indirectă* sau *incidentală* (2). *Decesul maternal direct* rezultă prin complicații obstetricale (de exemplu, eclampsia). *Decesul maternal indirect* rezultă în condițiile care sunt direct corelate cu unele cauze obstetricale, decesul fiind agravat de efectele maternale, de sarcină (de exemplu, condiții cardiace). *Decesul maternal incidental* poate apărea în stare psihiatrică, care survine ca psihoză puerperală (condițiile apar în timpul sarcinii), dar în cazul

cărora sarcina este imposibil să aibă semnificație contributivă la deces (2).

Suicidul în timpul maternității este mai rar decât în celelalte perioade ale vieții unei femei. Totuși, proporția sa importantă printre cauzele de deces maternal impune o analiză mai atentă a determinantilor săi biopsihosociali la toate nivelurile. Aceasta implică mai ales (3):

- o sensibilizare mai importantă, nu numai a personalului de psihiatrie, dar și a celui de obstetrică, față de impactul patologiilor mentale și de situațiile deosebite de dureroase, ca un doliu perinatal sau morbiditatea-mortalitatea din timpul sarcinii și al primului an post-natal (4,5);

- o mai mare cooperare între medicii generaliști, psihiatrii și specialiștii din maternitate și neonatologie (serviciul de protecție maternală și infantilă) susținută de dezvoltarea Rețelei de perinatalitate în

Franța, pentru a asigura o coerență a îngrijirilor (). Este fundamental ca antecedentele de tulburare psihică – din post-partum sau nu – mai ales tulburările bipolare, să fie cunoscute de toți cei ce intervin. Se estimează că un sfert din sinucideri ar putea fi evitate dacă riscul de recurență (1/2-1/3 în caz de antecedent puerperal) în momentul de post-partum ar fi fost nu numai identificat, ci și corect abordat în terapie (3);

– o mai bună depistare a depresiei din post-partum. Absența diagnosticului și a tratamentului acestei patologii, deosebit de frecventă (15% la mamele tinere), afectează nu numai maternajul, dar favorizează și o eventuală trecere la actul suicidal. Recomandările unor practici bune includ: depistarea depresiei (mai ales grație unei scale specifice EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale, a cărei validitate a făcut obiectul unor studii recente), în toată perioada de post-partum și punerea la punct a unei rețele puternice de orientare spre serviciile de psihiatrie (3);

CHESTIONARUL EPDS DE EVALUARE A UNEI STĂRI DEPRESIVE

Depresia post-natală este dovedită când scorul este peste sau egal cu 11

1. Am putut să râd și să iau parte bună a lucrurilor

- 0 La fel de des, ca și de obicei
- 1 Nu chiar atât
- 2 Într-adevăr, mult mai puțin des în aceste zile
- 3 Absolut deloc

2. M-am simțit încrezătoare și bucuroasă gândind la viitor

- 0 Ca și de obicei
- 1 Mai degrabă mai puțin ca de obicei
- 2 Într-adevăr, mai puțin ca de obicei
- 3 Practic, nu

3. Mi-am reproșat, fără motiv, că sunt responsabilă atunci când lucrurile merg rău

- 0 Da, aproape tot timpul
- 1 Da, uneori
- 2 Nu prea des
- 3 Nu, niciodată

4. M-am simțit îngrijorată sau neliniștită fără motiv

- 0 Nu, deloc
- 1 Aproape niciodată
- 2 Da, uneori
- 3 Da, foarte frecvent

5. M-am simțit înfricoșată sau panicată fără a avea, realmente, motive

- 0 Da, adesea
- 1 Da, uneori

2 Nu, nu prea des

3 Nu, deloc

6. Am avut tendința de mă simți depășită de eveniment

0 Da, aproape tot timpul m-am simțit incapabilă să fac față situațiilor

1 Da, uneori nu m-am simțit tot atât de capabilă să fac față situațiilor ca și de obicei

2 Nu, am putut face față majorității situațiilor

3 Nu, m-am simțit tot atât de eficientă ca și de obicei

7. M-am simțit atât de nefericită încât am avut probleme de somn

0 Da, aproape tot timpul

1 Da, uneori

2 Nu prea des

3 Nu, deloc

8. M-am simțit tristă sau puțin fericită

0 Da, aproape tot timpul

1 Da, foarte frecvent

2 Nu foarte frecvent

3 Nu, deloc

9. M-am simțit atât de nefericită încât am plâns

0 Da, aproape tot timpul

1 Da, foarte frecvent

2 Numai din când în când

3 Nu, niciodată

10. Mi s-a întâmplat să mă gândesc să îmi fac rău singură

0 Da, foarte frecvent

1 Uneori

2 Aproape niciodată

3 Niciodată

Termen folosit de Durkheim pentru a defini suicidul unui individ care, suferind de un exces de integrare în societatea sa și care nu-și mai aparține în propriu, poate ajunge să se ucidă din datorie: de exemplu, persoana melancolică, care se sinucide pentru a ușura suferințele apropiaților, pe care el presupune că le provoacă (3).

– luare în evidență și terapie optimală a tulburărilor depresive din post-partum. Depresia netratată are consecințe asuăra viitoarelor mame și asupra dezvoltării fătului, iar absența tratamentului este asociată cu prognostic fetal mai rău și cu un risc mai mare de morbiditate maternală, inclusiv cu ideea sinucidală sau tentativă de suicid și depresie post-partum. Ar exista un risc mult mai mare pentru făt dacă deăurea nu se tratează în timpul sarcinii (6);

– luare în evidență și terapia optimală a tulburării psihice bipolare, al cărei risc de recurență rămâne crescut în timpul sarcinii (7) și crește în post-partum (5). La pacienții cu tulburare bipolară, trecerile la

actul suicidal se produc cel mai adesea în timpul episoadelor depresive sau de stări mixte. Femeile, mai înclinare spre cicluri rapide și la stări mixte, constituie deci o populație cu risc suicidar deosebit (8). Deciziile terapeutice, în mod ideal, luate înainte de concepție, trebuie să cântărească avantajul unei profilaxii și al unui tratament al episoadelor acute de tulburare bipolară la mamă, în raport cu riscul efectelor nefaste – mai ales teratogene – pentru copil. Trebuie să se țină seamă de pericolele potențiale la care este expusă o mamă cu dispoziție instabilă, sau incorect tratată, de a face rău nou-născutului (9). Ori, unii psihiatri sau ginecologi sunt prea puțin informați de raportul riscuri-beneficii pentru a lua decizia de a prescrie un medicament psihotrop, în timpul sarcinii, lăsând femeile însărcinate vulnerabile, expuse la recidive de tulburări psihiatrice severe. Oprirea brutală a unui tratament printr-un stabilizator de dispoziție este astfel asociată cu un risc mai mare de recidivă precoce și poate să contribuie la un risc de suicid mai important (3).

– o mai bună însoțire a mamelor psihotice, mai ales suferind de schizofrenie: în afară de gestionarea tratamentului psihotrop, rolul mai specific al psihi-

atrului este de a favoriza o alianță terapeutică, de a ameliora adeziunea la îngrijiri, de a ajuta pacienta și anturajul ei, de a le susține dacă apar factori suplimentari de stres. Dacă survine o recidivă, calitatea bună a relației terapeutice și a rețelei de susținere sunt factori de prognostic mai bun, diminuând un risc de trecere la act (9). Psihiatrul care urmărește pacienta trebuie să lucreze în colaborare cu echipa de obstetrică-ginecologie. Este important ca această legătură să fie rediscutată în mod regulat și reamenajată încetul cu încetul, adică în funcție de evoluție. Legătura simbolică trebuie întreținută, chiar dacă nu există întotdeauna un contract real. A separa în mod sistemic copilul în scop „preventiv”, fără a păstra această legătură simbolică, echivalează cu a nega trăirea sarcinii și a șterge percepția pe care mama și copilul o au unul despre altul (9). Nu în ultimul rând, trebuie efectuate vizite la domiciliu (3).

S-a ajuns la concluzia că astfel de conduite suicidare în cursul maternității sunt puțin frecvente. Totuși, cel puțin un aspect este important în cazul femeilor însărcinate: suicidul ocupă unul dintre primele locuri printre cauzele de deces maternal (9).

BIBLIOGRAFIE

1. Austin M.P., Kildea S., Sullivan E. – Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Med J Aust* 2007; 186(7):364-367.
2. World Health Organization. – International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Vol.II. Geneva: WHO, 1993.
3. Couchouron-Bouchiat S., Welby-Geraud C.M., Caillet L., Adam P., Walter M. – Conduites suicidaires au cours de la maternité. *Rev Prat* 2009; 59(8):1051-1057.
4. Lindahl V., Pearson J.L., Colpe L. – Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Actives Women's Mental Health* 2005; 8:77-87.
5. McGowan I., Sinclair M., Owens M. – Maternal suicide: rates and trends. *RCM Midwives* 2007; 10:167-169.
6. Bonarl L., Bennett H., Einarson A., Koren G. – Risk of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Psychian* 2004; 50:37-39.
7. Wieck A., Kumar R., Hirst A.D., Marks M.N., Campbell I.C., Checkley S.A. – Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *Br J Psychiatry* 1991; 303:613-616.
8. Elloumi H., Zghal A., Zaghoudi L., Labbene R. – Trouble bipolaire de type 1: evolution au cours de la grossesse et du post-partum. *Info Psy* 2007; 83:183-188.
9. Lurson S., Pirson O., Constant E., Seghers A. – Prise en charge du trouble bipolaire pendant in grossesse. *Louvain medical* 2006; 125:299-310.