Disturbi Post-Partum e Percorsi di Cura

Maria Bologna
Azienda USL Reggio Emilia DSM-DP
bolognam@ausl.re.it

Klimt Maternità

Seminario Cure Primarie
Reggio Emilia, 9-10 aprile 2010

Salute Mentale Ante/Post-Natale della Madre e del Bambino

NHS
National Institute for Clinical Excellence

Priorità-Chiave

1. Riconoscimento precoce
2. Consenso informato su rischi/benefici
3. Trattamenti psicologici
4. Management della depressione
5. Percorsi di cura appropriati

Piero della Francesca Madonna del Parto

www.nice.org.uk/CG045fullguideline

RegioneEmiliaRomagna

STEPPED CARE SteppedCare.pdf

DISTURBI POST-PARTUM

Programma "G. Leggieri"

Livello	Responsabile	Setting	Complessità	Intervento
A **Presa in Cura Diretta**	MMG/PLS/Operatori "Percorso Nascita"	Domicilio/Consultori/ Cure Primarie	**Baby Blues** (rapida fluttuazione umore, irritabilità, pianto, ansia con picco intorno ai 4-5 gg, autolimitata con remissione in 2 settimane, no disabilità)	1. informazione, riconoscimento e supporto 2. home visiting 3. dopo due settimane, in assenza di remissione, screening per depressione PP **Scala_di_Edimburgo[1].pdf** **Screening.pdf**
B1 **Consultazione**	MMG/PLS/Operatori "Percorso Nascita"	Domicilio/NCP	**Depressione PP lieve** (esordio insidioso tra 3-12 mesi, umore depresso, ansietà riferita alla salute del bambino, anedonia, insonnia, fatica, disturbi dell'appetito) Prevalenza DPP Italia.pdf	1. E.O., esami laboratorio 2. self-help e gruppi di pari 3. counselling supportivo e psico-educazione **Post-partum support.pdf** **Home based intervention.pdf** 1. eventuale terapia farmacologica 2. eventuale consultazione psichiatra/psicologo
B2a **Consulenza**	MMG	Servizio di Consulenza MG	**Depressione PP moderata** (sentimenti ambivalenti/negativi verso il bambino, disperazione, scarso supporto psico-sociale, mancata risposta ad interventi non-farmacologici)	1. invio allo psichiatra/psicologo **Follow-up.doc:** • valutazione rischio auto/eterolesivo • terapia psicologica • eventuale terapia farmacologica **AD breastfeeding.pdf**
B2b **Episodio Cura Condivisa**	MMG e Psichiatra/Psicologo	Centro Salute Mentale	**Depressione PP grave** (mancata risposta a trattamento farmacologico, pensieri ossessivi sulla salute bambino, pensieri intrusivi di fargli male, pensieri ricorrenti di morte riferiti al sé/bambino, pensieri suicidiari, disabilità)	1. presa in cura a breve/medio termine: • trattamento farmacologico e psicoterapeutico (CBT/IT) **Cochrane CBT.pdf**
C **Presa in Cura Specialistica**	Equipe Salute Mentale	CSM/SPDC/SR/DH	**Psicosi Puerperale** (esordio drammatico in 48-72 h/2 settimane dopo parto, insonnia, irritabilità, rapidi sbalzi umore, comportamento disorganizzato, ideazione delirante riferita al bambino, allucinazioni uditive auto/eterolesive, suicidalità, severa disabilità)	1. presa in cura a medio/lungo termine: • terapia farmacologica • ospedalizzazione • management aderenza • monitoraggio decorso

Mirò Maternità

Baby Blues

- il BB ha gravità lieve (labilità emotiva, pianto) e si risolve sponte
- non è richiesto un trattamento specifico, bastano supporto e rassicurazione
- rivalutare e fare screening per depressione, se i sintomi durano > 2 settimane

Domande chiave per il riconoscimento

1. Nell'ultimo mese si è sentita spesso giù, depressa o disperata?
2. Nell'ultimo mese ha provato spesso scarso interesse o piacere nel fare le cose?

3. Sente di aver bisogno/volere aiuto?

“… Perché avete così paura di sentire la verità che si cela dietro al mio sorriso?”

Sherry Hardy

Cosa dicono le madri	Sintomi
Ogni cosa ha perso il suo colore	Umore depresso, tristezza
Piangerei sempre, non sono capace di fare niente	Tristezza o pianto incontrollato
Agli altri interessa solo il bambino, non come mi sento io	Sentirsi priva di valore
	Ansia/attacchi di panico
Perché sto così male adesso che ho questo bellissimo bambino?	Senso di colpa, auto-biasimo
	Preoccupazioni per la propria salute e per il bambino
Sono stanca, così stanca, tutto quello che faccio è una fatica	Mancanza di energie e sensazione di essere esausta
	Eloquio e movimenti rallentati
Sto per diventare pazza?	Sentirsi a momenti alterni agitata o iperattiva
Non voglio vedere nessuno, non sopporto di essere toccata	Perdita di interesse in varie attività, tra cui sex
Sento che sto per esplodere	Senso irritazione
	Disturbi appetito
Non riesco a prendere decisioni	Ridotta capacità concentrazione e decisione
	Disturbi sonno
Sono confusa ed ho la mente annebbiata	Confusione mentale e dimenticanze
Mi sono appena seduta e il bambino ricomincia a piangere	Senso disperazione, inadeguatezza e pensieri costantemente pessimisti
Per un attimo mi sento benissimo ed un attimo dopo sono di nuovo a terra	Instabilità emotiva con umore alterno
A volte penso che tutti starebbero molto meglio se io non ci fossi più	Pensieri sulla morte e, a volte, sul suicidio

SaPeRiDoc

SCALA DI DEPRESSIONE PERIPARTUM DI EDIMBURGO
(J. L. Cox, J. K. Olden, R. Sagowsky)

Gentile signora, la invitiamo a scegliere, tra le diverse risposte, senza aiuto e senza discuterne con altre persone, quella che meglio corrisponde al suo stato d'animo negli ultimi sette giorni.

1) Sono stata in grado di ridere e vedere il lato divertente delle cose

- ❑ Come al solito
- ❑ Non proprio come al solito
- ❑ Assolutamente meno del solito
- ❑ No, per niente

2) Mi sono posta in modo positivo verso gli eventi

- ❑ Tanto come al solito
- ❑ Un po' meno del solito
- ❑ Assolutamente meno del solito
- ❑ No per niente

3) Mi sono sentita colpevole senza motivo quando le cose non andavano bene

- ❑ Si, la maggior parte delle volte
- ❑ Si, alcune volte
- ❑ Non molto spesso
- ❑ Mai

4) Sono diventata ansiosa o preoccupata senza motivo

- ❑ No, per niente
- ❑ Quasi mai
- ❑ Si, qualche volta
- ❑ Si, molto spesso

5) Mi sono sentita spaventata o nel panico senza un buon motivo

- ❑ Si, spesso
- ❑ Si, qualche volta
- ❑ No, non molto
- ❑ Mai

6) Mi sono sentita sopraffatta dalle cose che accadevano

- ❑ Si, il più delle volte non sono in grado di affrontarle
- ❑ Si qualche volta non le affronto bene come al solito
- ❑ No, il più delle volte le ho affrontate piuttosto bene
- ❑ No, le ho affrontate bene come al solito

7) Sono così infelice che ho difficoltà a dormire

- ❑ Si, la maggior parte delle volte
- ❑ Si, qualche volta
- ❑ Non molto spesso
- ❑ Mai

8) Mi sono sentita triste o avvilita

- ❑ Si, la maggior parte delle volte
- ❑ Si, piuttosto frequentemente
- ❑ Non molto spesso
- ❑ Mai

9) Sono così infelice che ho pianto

- ❑ Si, la maggior parte delle volte
- ❑ Si, piuttosto frequentemente
- ❑ Solo occasionalmente
- ❑ Mai

10) Il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente

- ❑ Si, piuttosto frequentemente
- ❑ Qualche volta
- ❑ Quasi mai
- ❑ Mai

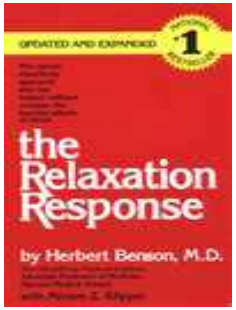
Depressione Post-Partum

lieve/moderata

- escludere cause somatiche (distiroidismi, anemia): anamnesi, E.O., test laboratorio
- psicoeducazione, gruppi di supporto tra pari, strategie self-help
- psicoterapia breve individuale o di gruppo (CBT, IT)
- home counselling non-direttivo

Self-Help

- chiedere aiuto ed accettarlo dalle persone vicine
- imparare a delegare, anche le cure materne
- dedicarsi tempo, attività piacevoli e movimento
- frequentare altre neo-mamme e scambiarsi consigli
- svolgere brevi sessioni di rilassamento, soprattutto in momenti di difficoltà
- utilizzare l'intelligenza emotiva
- accettare di non essere perfette in questo momento della vita
- evitare i sensi di colpa
- se il disagio persiste, consultare di nuovo il proprio medico
- letture utili: ***E. Reale Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne, Franco Angeli, 2007***



The Relaxation Response

Rompere il flusso dei pensieri e raggiungere
il rilassamento è fenomeno universale

H. Benson, 1975

Esercizio fondamentale

- ripetere una parola, un suono, una frase, una preghiera o una attività muscolare

- lasciar correre i pensieri che inevitabilmente arrivano alla coscienza e tornare alla ripetizione

www.mbmi.org

Tecnica usata presso il Mind/Body Institute

A. Scegliere una parola o una breve frase particolarmente significativa per la propria cultura d'origine (pace, preghiera, etc.)
B. Sedere in una posizione comoda
C. Chiudere gli occhi
D. Rilassare la muscolatura dal basso verso l'alto
E. Respirare lentamente e naturalmente ripetendo la parola o la frase
F. Assumere un atteggiamento passivo verso i pensieri che arrivano
G. Continuare per 10-20 minuti
H. Non alzarsi immediatamente, attendere che i pensieri ritornino, aprire gli occhi e sedere ancora per un minuto
I. Praticare l'esercizio 1 o 2 volte al giorno

Mind Body Institute

Perhaps the way to handle stress is to give yourself permission to spend equal amounts of time thinking about how to enjoy yourself.

If you've spent 10 minutes worrying about what you haven't done, spend the next 10 minutes thinking about some fabulous thing you can do for yourself or with your friends and family

La Roche e Ledger, 2002

www.mgh.harvard.edu/bhi/basics/

Depressione Post-Partum

severa

- sintomi neurovegetativi e marcata disabilità
- mancata risposta a strategie non farmacologiche
- SSRIs: fluoxetina 10-60 mg/d, sertralina 50-200 mg/d, paroxetina 20-60 mg/d, citalopram 20-60 mg/d, escitalopram 10-20 mg/d
- SNRIs: venlafaxina 75-300 mg/d, duloxetina 40-60 mg/d (ansia)
- TCA: nortriptilina 50-150 mg/d (disturbi sonno)
- i sintomi iniziano a rientrare in 2-4 settimane; la remissione completa si ha in diversi mesi
- durata prevista trattamento 12 mesi e oltre (primo episodio); trattamento di mantenimento a lungo termine in donne con depressione ricorrente
- in caso di risposta parziale, incrementare dosaggio
- è possibile associare, soprattutto nella fase iniziale in presenza di ansia e disturbi del sonno, lorazepam/clonazepam
- il trattamento precoce migliora prognosi, evita cronicizzazione, migliora relazione madre-bambino e previene disturbi sviluppo infantile
- considerare opportunità ospedalizzazione
- ECT rapido, sicuro, efficace soprattutto nell'ideazione suicidiaria attiva

Cosa aiuta le madri

Attività	Percentuale di madri che hanno ritenuto utile attività
Parlare con qualcuno	76
Uscire di casa (con il bambino)	14
Cambiare atteggiamento/motivazione	15
Fare ginnastica/rilassarsi	8
Esprimere le proprie emozioni	7
Fare una pausa (senza il bambino)	5
Recuperare sonno	5
La consapevolezza che questo brutto momento passerà, perché ci sono già passate	3
Interrompere o trarre gioia dall'allattamento al seno	3
Antidolorifici	3
Leggere libri sulla depressione	3
Comportamenti di interazione da parte del bambino	3
Altro	7

Un Programma Cognitivo-Comportamentale

Milgrom et Al., 2003

- aumentare le attività piacevoli e ridurre eventi spiacevoli
- apprendere abilità sociali, autocontrollo e problem-solving
- apprendere tecniche di rilassamento
- riconoscere il rapporto pensieri/emozioni/comportamenti
- identificare le convinzioni erronee legate alla maternità
- identificare pensieri disfunzionali legati a bassa autostima
- sostituirli con pensieri costruttivi
- attenzione agli schemi disfunzionali di “doverizzazione” e catastrofismo
- contrastare l’eccessivo altruismo
- discutere somiglianze/differenze negli stili genitoriali

Quando prescrivere AD

- sintomi gravi
- rischio suicidiario
- disabilità grave
- storia depressione ricorrente
- mancata risposta a trattamenti non farmacologici
- risposta positiva a precedente trattamento con AD
- ansia
- atteggiamento e sistema credenze favorevoli

Buist, 1996; Glick, 1995

Psicosi Puerperale

- alcune pazienti con PP hanno un disturbo bipolare
- è da considerarsi emergenza psichiatrica e spesso richiede ospedalizzazione
- rischio di suicidio significativo
- rischio di infanticidio associato con PP non trattate 4%
- trattamento farmacologico in acuto: litio/ acido valproico/carbamazepina + antipsicotici + benzodiazepine
- ECT ben tollerato e rapidamente efficace

Allattamento al seno e AD

Evidenze

Prescription of an antidepressant for a breast-feeding woman is a case-specific risk/benefit decision for both mother and baby

Wisner, 1996

I benefici dell'allattamento al seno sono maggiori dei rischi potenziali per un bambino la cui madre stia assumendo TCA in giusta dose

Yoshida, 1999

Esistono pochi dati sistematici e longitudinali sulla sicurezza dell'allattamento in madre che assuma farmaci

Cochrane Collaboration, 2009

Principi generali sulla prescrizione farmacologica nell'allattamento

1. chiara indicazione: depressione severa e assenza di alternative accettabili e/o praticabili
2. monoterapia a minima dose efficace per minimo periodo
3. farmaci con buone evidenze
4. valutazione rischio/beneficio di malattia e trattamento per unità madre/bambino

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002

Iside che allatta Horus

Recommendations/Good Practice

1. **informare la madre che tutti i farmaci vengono secreti nel latte a concentrazioni variabili**
2. **attenta valutazione rischio/beneficio**
3. **non vi è indicazione clinica a sospendere l'allattamento in madri trattate con imipramina, nortriptilina, sertralina, paroxetina, se il bambino è in buona salute e monitorato** (livelli nel latte bassi o non tracciabili, i reports sulla tossicità sono rari, tuttavia ci sono pochi studi, non si conoscono gli effetti a lungo termine sullo sviluppo, non sono misurati i livelli ematici di farmaco nei bambini, alcuni farmaci sono recenti)
4. **la madre che assume litio dovrebbe essere incoraggiata a sospendere l'allattamento** (il litio è secreto nel latte ad alte dosi 40% e può causare tossicità: **monitorare livello ematico e funzione renale e tiroidea**)
5. **acido valproico è presente nel latte a livelli bassi 1-2%, non sono registrate reazioni avverse; carbamazepina ha livelli 6-65%, possibile tossicità epatica**
6. **nuove prescrizioni di BDZ vanno evitate**
7. **strategie di allattamento**
8. **monitorare unità madre-bambino per possibili reazioni avverse, monitorarne lo sviluppo**
9. **attenzione ai bambini prematuri o con insufficienza epatica: possono avere maggiori difficoltà a metabolizzare il farmaco**

Evidenza

Sertraline, paroxetine, nortriptyline, and imipramine are the most evidence-based medications for use during breastfeeding

Lanza di Scalea e Wisner
Clinical Obstetrics And Ginecology, 52, 3, 2009

Specific Safety Index

Gentile, Drug Safety, 2007

valuta frequenza e gravità eventi avversi in lattanti di madri che assumono AD seconda generazione

$$\frac{\text{N° reports eventi avversi}}{\text{N° totale reports outcomes salute + eventi avversi}} \times 100$$

- < 2 relatively safe — sertralina/paroxetina
- 2.1-10 great caution — fluoxetina/citalopram
- >10 contraindicated

Prevenzione

1. identificazione precoce donne ad alto rischio

- *precedente episodio disagio PP*
- *storia di depressione uni/bipolare*
- *depressione durante la gravidanza*
- *recenti eventi stressanti*
- *allevamento altri bambini*
- ***perdita supporto sociale***
- *gravidanza non desiderata*

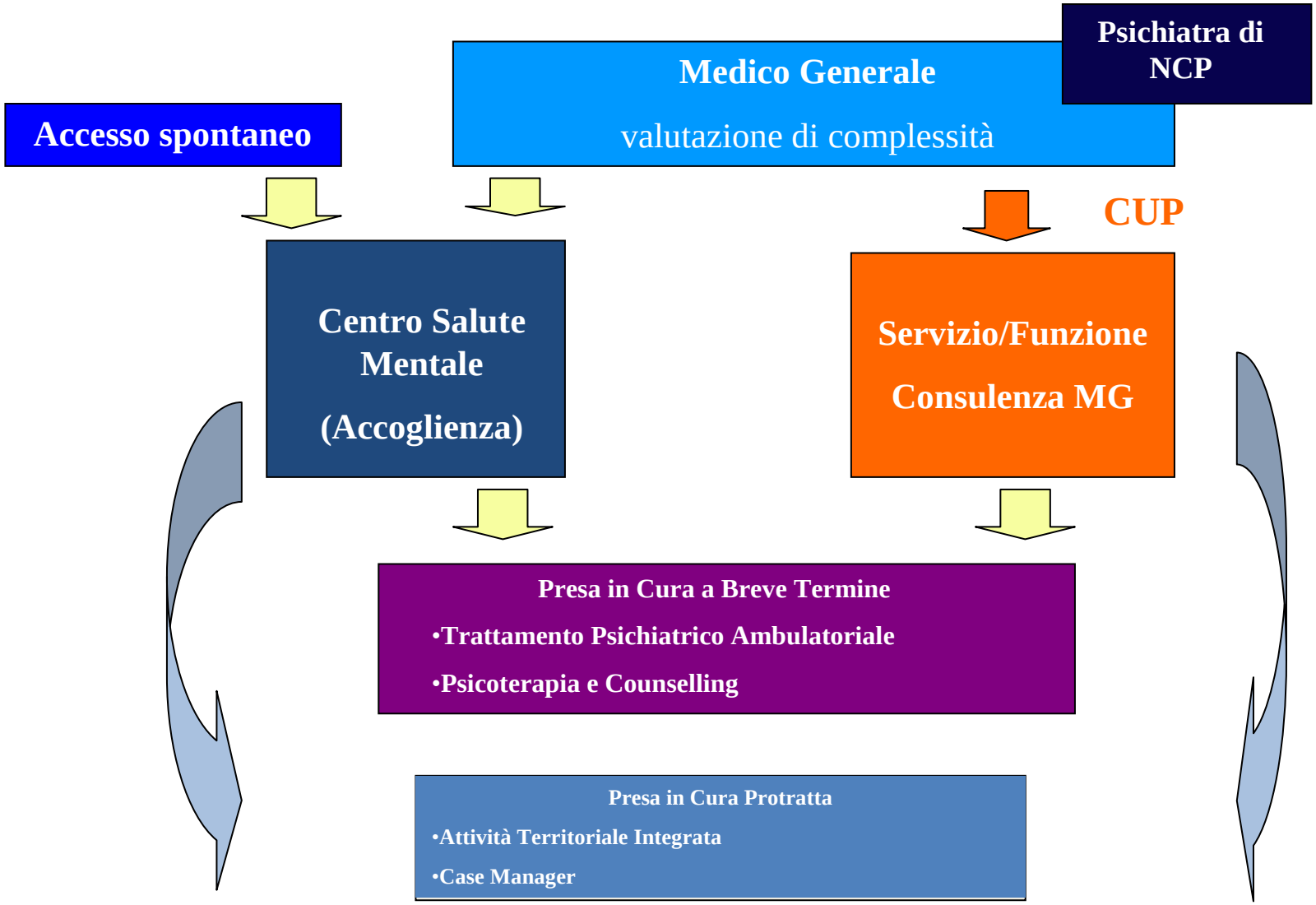
Van Eyck I Coniugi Arnolfini

2. monitoraggio e supporto post-partum intensivo efficace

3. mancano prove d'efficacia a sostegno AD post-partum

AUSL Reggio Emilia DSM-DP

Percorsi e modalità di Accesso al Servizio Salute Mentale



Bibliografia

- Cox J., Holden J. Maternità e psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale, Erickson, Trento, 2008
- Ammaniti M. Quando le madri non sono felici, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network Post-natal Depression and Puerperal Psychosis, 2002
- Hoffbrand SE et Al. Antidepressant prevention of post-natal depression, The Cochrane Collaboration (Review), 2009
- Howard L. et Al. Antidepressant treatment for post-natal depression, The Cochrane Collaboration (Review), 2009
- Milgrom J. et Al. Depressione postnatale, Erickson
- NICE Ante-natal and post-natal mental health. Clinical management and service guidance, 2007

Modigliani Maternità

Disturbi PP e Percorsi di Cura

è rintracciabile all'indirizzo:

www.ausl.re.it/Home/Custom.aspx?ID = 44