

PRINCIPII GENERALE DE MANAGEMENT SI TRATAMENT IN TULBURARILE PSIHICE INTALNITE IN PERIOADA POST-PARTUM TARDIV

Gabriela BUICU¹, R. CRISAN²., C. STANCIU³, T. MOLDOVAN³

1 - Disciplina Psihiatrie, UMF Tg-Mures, 2 - IBCVT Tg-Mures, 3 - Universitatea Dimitrie Cantemir Tg-Mures, Facultatea de Psihologie

Rezumat

Tulburările psihice în perioada post-partum sunt mult mai frecvente decât numărul cazurilor diagnosticate. Articolul propune elemente de management și terapie ale afecțiunilor psihice aparute în perioada post-partum.

Cuvinte cheie: perioada post-partum, tulburări psihice, management tulburări psihice, tratament

Summary

Psychiatric disorders in post-partum period are more frequently than number of diagnosed cases. This article proposes elements of psychiatric disorders management, treatment during in post-partum period.

Key words: post-partum period, psychiatric disorders, management of psychiatric disorders, treatment

Terapia femeilor aflate în perioada post-partum tardiv, prezintă anumite particularități

se desprinde din tratatele de psihiatrie, în care datele referitoare la tulburările psihice legate de perioada de maternitate sunt reprezentate prin spații reduse. În acest sens, utilizând atât sursele informaționale cât și propriile observații, am să propun un proiect cu criterii diagnostice standardizate și de tratament psihotrop pentru tulburările psihice întâlnite la femeile aflate în postpartum tardiv (HAMILTON și HARBERGER, 1992).

În primul rând, aceste particularități se leagă de structura psiho-somatică și socio-relațională a femeii, pentru că în perioada de lactație organismul ei diferă față de cel aflat în perioada de non-alăptare, ceea ce implică participarea unei homeostazii complexe, a cărei funcționări deficitare, duce la vulnerabilizare și decopansare psihică. Pe acest fundal fragil se dezechilibrează sistemul neuro-vegetativ și neuro-endocrin, ceea ce demonstrează atât corelațiile acestora de interdependența dintre somatic și psihic, între nervos și endocrin, a căror dezechilibre funcționale se repercutează în mod negativ asupra desfășurării evoluției ulterioare. De asemenea, cunoașterea statutului socio-familial, financiar, cultural, al antecedentelor familiale și personale de tip psihiatric și a atitudinii pozitive din cadrul propriilor familii, joacă un rol extrem de favorabil în terapia pacientelor postpartum (GABOȘ-GRECU, I. 2007).

În al doilea rând, în realizarea acestui deziderat, un rol important revine managementului eficient al fiecărui caz cu tulburări psihice postpartum. În acest context, fiecare pacientă nouă trebuie să beneficieze de evaluare diagnostică și psihosocială realizată printr-un interviu psihiatric, psihoteste,

eficiență terapeutică și alte surse informaționale pentru a descoperi modalitatea de întreținere, surse de venituri, condițiile de locuit, prezența sau absența suportului social, capacitatea de autoîngrijire, evenimentele de viață stresante. Totodată, este necesar să facem investigații și asupra vulnerabilității psihosomatice și a evidențierii tuturor acțiunilor organice și psihice avute pe parcursul existenței sale personale, raportată la parametri socio-demografici și la tratamentele medicale de care a beneficiat pe parcursul existenței (ce medicamente utilizează în prezent și de ce?). Pe lângă cele de mai sus, trebuie să facem și o evaluare a statusului mental și al comportamentului pacientei aflată într-un postpartum complicat, comportament care poate avea un caracter agresiv sau indiferent față de copil (pruncucidere) și alte manifestări discomportamentale periculoase pentru copil și chiar pentru ea (sinucidere), în psihozele postpartum (ALTSCHULER et al 1996).

De asemenea, pentru precizarea unui diagnostic pozitiv și corect, în cazul presupunerii că pacienta cu tulburări psihice postpartum tardiv are și alte afecțiuni organice, va trebui să apelăm la investigații de specialitate pentru a le putea confirma sau infirma, în funcție de care se va institui un management și un plan terapeutic individualizat. Odată cu precizarea diagnosticului de depresie postpartum se pune întrebarea dacă pacienta necesită un tratament în condiții de spitalizare sau ambulatoriu? Răspunsul la următoarele întrebări ne ajută să rezolvăm această problemă.

1. Este vorba de un episod depresiv major și profund sau este doar o reacție tristă la un eveniment de viață stresant ?
2. Prezintă sau nu prezintă risc suicidar ?
3. Este o depresie primară sau secundară ?

4. epresia este de natură endogenă, somatogenă sau psihogenă ?
5. Existența denutriției, deshidratării și a refuzului alimentar?
6. Este o depresie moderată, majoră sau psihotico-melancolică?
7. Ce tratament trebuie instituit ?
8. Va necesita un tratament de întreținere și profilactic ?
9. Depresiva necesită să fie tratată în condiții de spitalizare sau ambulatoriu?

Răspunsurile la întrebările 1-7 se vor aseza pe datele anamnestice eredo-colaterale și personale, precum și pe aspectele fenomenologice ale depresiei și alte suferințe organice și psihice nonafective, iar răspunsurile la întrebările 8-9 vor decurge din răspunsurile obținute la primele 7 întrebări și astfel vom găsi punctele de sprijin în organizarea și individualizarea corectă a terapiei antidepresive, anxiolitice, antipsihotice etc.

La fel de bine trebuie cunoscute și diagnosticate și comorbiditățile sau condițiile medicale generale ale pacientei. Oricum este o problemă importantă din cauza legăturilor cu răspunsul terapiei și ca atare sunt puține studiile care au abordat această problemă. După KRISHNAN (2003), comorbiditatea poate influența eficacitatea sau răspunsul la tratament al pacientelor cu diferite tipuri de tulburări psihice întâlnite în perioada de postpartum.

Un alt element important în procesul terapeutic este **alegerea cadrului terapeutic**, operație ce se poate realiza prin:

1. Alegeți un loc potrivit, respectând următoarele aspecte :

- Starea clinică, inclusiv severitatea simptomelor, comorbidități, riscul autolitic, heteroagresivitatea, autoagresivitatea și nivelul de funcționare ;
- Disponibilitatea rețelelor de suport ;
- Capacitatea pacientei de a se autoîngîji în mod adecvat, colaborarea cu psihiatru și complianța la tratament..

2.-Evaluarea cadrului optim de tratament pe baza datelor existente. Se va impune spitalizare dacă:

- Există un pericol real de autovătămare sau de vătămare a altor persoane (poate fi necesară internarea fără acceptul pacientei);
- Starea pacientei este gravă, iar rețeaua de suport social lipsește, (de asemenea se poate apela la serviciile unui însoțitor permanent);
- Există anumite comorbidități psihiatrice, alte afecțiuni medicale,

- Răspunsul neadecvat la tratamentul ambulator .

Totodată, este important să se acorde atenție preocupărilor și grijilor pacientei și familiei sale.

O altă latură importantă a managementului terapeutic este reprezentată de: **Monitorizarea stării psihice și a siguranței pacientei.**

Întrucât multe paciente și mulți depresivi își consultă medicul de familie, care atât din necunoașterea temeinică a diferitelor aspecte ale tulburărilor psihice, cât și a bolnavelor care se plâng de alte acuze somatice (“depresii mascate”), nu reușește întotdeauna să pună diagnosticul corect, însă majoritatea acestor medici tratează de regulă în mod corect majoritatea tulburărilor psihice (GRECU et al 2000; KLINKMAN, 2003), datorită acestor aspecte se stabilește următorul algoritm în vederea depistării tulburărilor depresive

- Urmărirea pacientului pentru a observa eventuale modificări ale impulsurilor distructive pentru sine și/sau pentru alții,
- Monitorizați atent modificările statusului psihic, inclusiv simptomele depresiei majore sau simptomele unei eventuale comorbidități.
- Luați în calcul posibilitățile unui diagnostic, dacă simptomatologia se modifică în mod semnificativ sau dacă apar simptome noi.

De asemenea, în managementul terapeutic al pacientelor aflate în perioada de postpartum cu tulburări psihotice de tip depresiv sau schizofreniform, evaluarea riscului suicidar este o problemă de mare importanță suicidoprofilactică. În acest sens, se descriu trei metode de evaluare a riscului suicidar, și anume :

- Prima modalitate este axată pe adunarea retrospectivă a informațiilor despre pacientă prin conversații cu persoanele apropiate pacientei, părinți, frați, prieteni, copii, colegi etc, și medicii care au tratat-o sau o tratează în prezent ;
- A doua metodă de evaluare a factorilor de risc o reprezintă compararea fenomenologiei pacientei cu fenomenologia celor care au comis acte autolitice;
- A treia metodă care constă în depistarea factorilor de risc prin compararea acestora cu cei care s-au sinucis sau au comis tentative autolitice.

În acest context ne sunt de mare utilitate următoarele:

- Prezența ideilor suicidare, heteroagresivității sau autoagresivității, intenții sau planuri suicidare;

- Prezența simptomelor psihotice, a halucinațiilor imperative, sau a anxietății severe ;
- Consumul abuziv de alcool sau de alte substanțe toxice;
- Antecedentele suicidare în familie sau tentative personale anterioare.

Astfel managementul cazurilor pacientelor cu tulburări psihotice post partum trebuie pregătit cu multă atenție pentru a obține cât mai repede posibil ameliorări vizibile. Pacienții cu stări de agitație psihomotorie pe fond de stress și neliniște psihosomatică trebuie readuși într-o stare de liniște și echilibru neurovegetativ. Tratamentul trebuie ținut asupra tuturor componentelor etiopatogenetice ale tulburării: biologice, psihologice și sociale. Se va evita, pe cât posibil administrarea unor preparate psihoactive, care trec prin laptele matern și pot produce noului născut efecte indezirabile de severitate clinică, iar terapia cu litiu este contraindicată în toate perioadele maternității. În acest sens, e recomandabilă utilizarea benzodiazepinelor în doze adecvate stării psihice și somatice a pacientelor, iar în cazul pacientelor cu tulburări psihice postpartum cu elemente psihotice este recomandabilă utilizarea neurolepticelor în special a celor din ultima generație care, pe lângă o acțiune antipsihotică bună și de durată au și efecte secundare mai reduse. În acest sens, alegerea neurolepticelor se va face în funcție de efectele pozitive antipsihotice, efectele adverse precum și ușurința de a fi administrate în scopul obținerii celor mai bune efecte terapeutice, timp în care trebuie să ținem cont și de starea de sănătate și de alte comorbidități (NIELSEN et al 2000, GRECU, 2003). În general, nu există caracteristici tipice ale pacientelor cu tulburări psihotice post partum predictive pentru raspunsul la tratamentul cu un anumit neuroleptic și ca atare tabloul clinico-simptomatic ne poate orienta alegerea anumitelor preparate, ca de pildă a neurolepticelor tipice sau a celor atipice (Clozapina, Trifluoperazina, Haloperidolul, Loxapina, Risperidona, Olanzapina, Clopixonul, Fluanxonul, etc.) administrate în doze corespunzătoare. În ceea ce privește managementul terapiei, tulburările depresive din perioada postpartum sunt destul de frecvent asociate și cu elemente psihotice. Aceste asocieri pot fi determinate în mare parte de variațiile echilibrului dintre estrogen, progesteron și alți hormoni ce perturbă neurotransmisia în timpul ciclurilor la femei (BLOCH et al, 2000). De altfel, UDDENBERG și ENGLESON (1978) afirmă că accidentele psihiatrice majore ale perioadelor maternității nu sunt accesibile decât

terapeuticilor psihiatrice. Tratamentul hormonal sau somatic general nu are nici o eficacitate demonstrată. Aplicarea dogmatică și exclusivă, fără chimioterapie, a psihanalizei, trebuie să fie considerată ca fiind inutilă și uneori chiar periculoasă. Metodele biologice active, psihoterapia și măsurile sociale de asistență psihiatrică sunt indispensabile în toate cazurile.

În psihozele postpartum trebuie utilizate neurolepticele, antidepresivele și anxioliticele din ultimele generații. Această chimioterapie este inseparabilă de o psihoterapie adecvată situației în care se află pacienta. Totuși, în vederea abordării unui plan terapeutic considerăm că este necesară o strânsă colaborare între psihiatru, ginecolog și medicul de familie.

Tulburările psihice postpartum pot fi legate de diferitele evenimente de viață stresante, psihosociale sau de altă sorginte, motiv pentru care în diagnosticarea episoadelor de depresie, indiferent de fenomenologia de manifestare și de aspectele nosologice, cercetarea datelor anamnestice, personale și familiale dublate de examenul psihic, clinic și paraclinic, urmărind în timp dinamica tulburării, sunt extrem de importante atât în precizarea diagnosticului cât și organizarea managementului și a protocolului terapeutic bine individualizat (GRECU, 2003, GABOȘ-GRECU, 2007) .

În privința abordării unei strategii terapeutice asupra femeilor aflate în perioada de maternitate (graviditate, postpartum, alăptare), terapeutul trebuie să fie extrem de precaut și atent în prescrierea antidepresivelor care, în mod direct sau indirect pot avea efecte indezirabile și grave atât asupra mamei cât și a copilului prin consumarea laptelui matern. În acest context, așa cum susține și NONACS et al.(2003), BIRTRLE, (2004) și BROCKINGTON (2004), trebuie găsite cele mai eficiente abordări terapeutice pentru a evita complicațiile terapeutice, uneori chiar mortale, ale mamei sau ale copiilor acestora. În scopul reducerii acestor riscuri, majoritatea autorilor consideră că noua generație de antidepresive (inhibitoarele selective ale recaptării serotoninei) și în special a celor cu acțiune duală, sunt mai eficiente în terapia tulburărilor depresive din perioada postpartumului precoce și tardiv (STUART et al 2003).

Depresia postpartum, întâlnită la aproximativ 18% dintre lauze, s-a considerat că ar fi fost determinată de modificările hormonale instalate imediat după naștere, însă acest lucru, nu a fost demonstrat cu certitudine până în momentul de față, iar estrogenii pot să joace un rol pozitiv în terapia tulburărilor depresive.

În SUA, prevalența depresiei postpartum atinge valori cuprinse între 10 și 15%, cu o rată semnificativ mai ridicată de aproximativ 35% la femeile afroamericane. Rata depresiei antepartum și chiar a celei ce urmează imediat după naștere, este mai mare în mediul urban și în mod predilect la populația săracă, asociindu-se cu efecte negative asupra dezvoltării fetale. În paralel cu chimioterapia antidepressivă, un rol semnificativ în procesul terapeutic îi revine psihoterapiei și în special celei cognitive-comportamentale, dar și altor terapii adresate unor comorbidități posibile. Pentru obținerea unor rezultate terapeutice mai prompte și de durată este recomandabil să se intervină cu metode terapeutice și în cadrul familiei acestor femei (GRECU et al 1975, PREDESCU, 1998, MOSES KOLKO și ROTH, 2004).

În general, managementul terapeutic al depresiei postpartum include chimioterapia antidepressivă, psihoterapie, programe psiho-educative și alte activități reconfortante și relaxante.

Pentru femeile care au avut stări depresive anterior perioadei de maternitate se presupune că ele au un anumit grad de predispoziție genetică spre așa zisele depresii endogene (bipolare sau recurente) și ca atare, de la bun început trebuie să ne orientăm spre un management terapeutic adecvat acestor tipuri depresive, combinat și cu măsuri depresopofactice.

În clinica noastră, cele mai frecvent utilizate antidepressive sunt cele inhibitor-selective ale recaptării serotoninei, precum și cele cu acțiune duală, a căror eficiență antidepressivă este mai bună comparativ cu triciclicele și tetraciclicele, având în același timp și efecte indesezirabile ușoare; dintre aceste preparate antidepressive amintim: Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina și Venlafaxina. etc.

În situațiile în care psihicul pacientei cu depresie postpartum, este foarte răvășit, cu risc suicidar iminent, se poate trece la aplicarea câtorva ședințe de electroconvulsivoterapie (GRECU et al 2000). Prin electroconvulsivoterapie se obține destul de rapid atât ameliorarea dispoziției depresive cât și o revigorare generală în special a sistemului neurovegetativ și hormonal, în paralel cu diminuarea factorilor de risc suicidogen. (GRECU et al, 2000; ADITIM, 2006).

Principii generale de utilizare a antidepressivelor

- Durata minimă de administrare a medicației antidepressive este de 4-6 săptămâni, cu doze care realizează nivele sanguine terapeutice;
- Evitarea ajustării și modificării prea frecvente a medicației;

- Conștientizarea pacientei că răspunsul terapeutic poate să apară după mai mult de 4 săptămâni și asigurarea compliancei terapeutice în aceste condiții;
- Prezența efectelor indesezirabile conduce uneori la necesitatea reducerii dozei, dar dacă doza mai mică este insuficientă terapeutic, se recomandă schimbarea antidepressivului;

Când se schimbă antidepressivul se va ține cont de următoarele :

- Antidepressivele cu timp de înjumătățire lung (de ex. Fluoxetina), pot fi întrerupte brusc;
- Antidepressivele cu timp de înjumătățire scurt (ex. Paroxetina), în cazul întreruperii bruște, pot duce la simptome de sevraj, motiv pentru care întreruperea se va face prin reducerea treptată a dozelor, pe parcursul a 4 zile, micșorând doza zilnică cu 25% pe zi;
- Există posibilitatea apariției interacțiunilor medicamentoase la schimbarea medicației datorită persistenței compușilor cu timp lung de înjumătățire pe o perioadă de aproximativ trei săptămâni, după întreruperea administrării lor (ex. Fluoxetina). Simptomele de sevraj sunt similare pentru inhibitorii recaptării serotoninei și antidepressivele triciclice: amețeli, confuzie, vertij, parestezii, sindrom pseudogripal, stimulare gastro-intestinală, insomnie, transpirații etc.

În cazul în care pacienta nu răspunde în mod pozitiv la antidepressivele propuse :

- Se recomandă reevaluarea diagnosticului;
- Psihoterapia trebuie reorientată asupra factorilor vulnerabili ai tulburării psihice;
- Se recomandă verificarea corectitudinii tratamentului administrat;
- Se evaluează optimizarea dozei, înlocuirea cu un alt antidepressiv, asocierea unui al doilea antidepressiv, folosirea unor combinații cu medicamente anxiolitice, hipnotice, carbamazepină etc.

Dacă pacienta răspunde bine la monoterapia antidepressivă se recomandă continuarea ei :

- În episoadele depresive majore timp de 6 – 9 luni, urmând apoi reducerea dozei în mod gradat până la întrerupere;
- La pacientele cu trei sau mai multe episoade depresiv-recurente, datorită riscului mare de recădere, se recomandă continuarea unui tratament de întreținere pe perioade îndelungate.

Alegerea antidepresivului presupune analiza comparativă a efectelor indezirabile cu eficiența terapeutică și răspunsurile la tratament ale altor episoade depresive, precum și a costului tratamentului. Totodată, pornind de la particularitățile tulburărilor bipolare (maniaco-depresive), cu debut postpartum și anume în formele de trecere rapidă de la episodul maniacal la cel depresiv, se recomandă utilizarea ortotimizantelor (preparate de Litiu, valproat, carbamazepină). În cazul pacientelor cu tulburare depresivă rezistentă la tratamentul standard se recomandă asocierea Risperidonei sau Olanzapinei cu un timostabilizator.

Ca ultimă resursă, aplicarea electroconvulsio-terapiei sub narcoză și curarizante, are azi indicații doar pentru tulburările psihotice grave cu risc suicidar crescut sau pruncidare chiar cu determinism altruist. Unii autori consideră că riscul electroconvulsiei ar fi mai mic decât cel al dozelor mari de neuroleptice sedative care favorizează mai mult o somnolență permanentă și o inerție acompaniată de akinezie (UDDENBERG și ENGLESSON, 1978).

Actualmente, psihozele acute ale postpartumului nu mai amenință prognosticul vital (psihozele infecțioase, delirul infecțios puerperal și delirul acut al miilor de nașteri septice au dispărut).

După MARCE sunt două elemente importante care decid prognosticul tulburărilor psihice gravido-puerperale, și anume:

- Tendința lor de regresivitate în termen scurt, și
- De evoluție lungă;

Totuși prognosticul era considerat de el ca fiind favorabil, în general, în ciuda recurențelor posibile. Mai mult decât atât, evoluția lor propriu-zis psihiatrică, a fost clar simplificată prin tratamente neuropsihotrope și electroconvulsio-terapie. Se mai pot vedea încă câteva avantaje și dezavantaje în legătură cu tentativele de a găsi cele mai bune preparate chimioterapice urmate de cât mai puține fenomene indezirabile.

În ultimele două decenii, prin efectele terapeutice ale ultimelor generații de neuroleptice și

antidepresive, durata spitalizării pentru psihozele post-partum s-a scurtat considerabil. Totuși, riscul de a dezvolta o evoluție mai îndelungată și trecerea spre cronicizare este mai mare doar în cadrul psihozelor schizofreniforme cu apariție tardivă, stărilor delirante cu elemente paranoide și instalare insidioasă și tulburărilor depresive cu elemente atipice. Riscul recurențelor mai îndepărtate, nu are nici o legătură cu o nouă stare puerperală sub formă de psihoză ciclică cu episoade depresiv-maniacale fiind prezent la o treime din cazurile pacientelor cu psihoze legate de maternitate. Aceste psihoze se pot considera ca fiind pseudo-psihoze puerperale de coincidență bipolară, recurente, sau schizofrenii de formă intermitente.

De regulă, psihozele acute ale postpartumului, dacă afectează femeile fără antecedente psihiatrice personale sau familiale, în cazul în care dacă ele au trăsături precoce de brutalitate și rigiditate, confuzo-delirant, confuzo-timice, au un prognostic favorabil confirmat de majoritatea autorilor, în medie de 80%, din cazuri cu un recul de cinci până la 10 ani. Riscul de recidivă în legătură cu o sarcină ulterioară este foarte dificil de prevăzut. După estimări divergente, una până la trei femei din zece afectate de psihoze postpartum vor avea din nou tulburări în urma altor nașteri. Încetineala sau precocitatea apariției primului episod, sechelele psihice chiar de intensitate minoră sub formă de afectare nevrotică au o neplăcută reputație (RIGHETTI și CONNE, 2002, STUART et al 2003).

Tulburările psihotice din postpartum diferă ca prognostic după conținut și manifestare: formele confuzionale au cea mai scurtă evoluție și cea mai bună remisie, în timp ce psihozele schizofreniforme au o evoluție mai lungă. În general, evoluția tulburărilor legate de maternitate este cu atât mai bună cu cât managementul tratamentului este mai bine individualizat și corect administrat. Deci, putem trage concluzia ca în ultimele decenii, datorita imbogatirii semnificative a arsenalului terapeutic, obținem un prognostic bun în tulburările nevrotice, chiar și în categoria tulburărilor schizofreniforme.

Bibliografie:

1. ADITIM, S.S.-Postpartum depression . How to recognize and treat this common condition Medscape Psychiatry & Mental Health, 2006, 1 : 11-16.
2. ALTSHULER L.,COHEN,L.S.SZUBA M.,et al.-Pharmacologic management of a Psychiatric illness in pregnancy : dilemma

- and guidelines. M. j. Psychiatry 1996, 153 : 592-606.
3. BLOCHN M., SCHMIDT.P.J., .DANACEAN, M., Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. Am.J. Psychiatry, 2000, 157 :924–930.
 4. BROCKINGTON, J.- Diagnosis and management of postpartum disorders: a review, World Pschiatry, 2004, 3 : 89 – 933.
 5. COX, J.- Postnatal mental disorder : towards I.C.D –11. World Psychiatry, 2004, 3 : 96 . 97.
 6. GABOȘ-GRECU, I.-Actualități în terapia depresiilor. Univ.Press, Târgu-Mureș, 2000
 7. GABOS - GRECU, I.-Actualități în terapia depresiilor. Univ.Press, Târgu-Mureș, 2007.
 8. GRECU,Gh, GABOȘ-GRECU,I. și MARIETA GRECU-GABOȘ.- Depresia. Ed.Ardealul, 2000.
 9. GORGOS, C., - Dicționar enciclopedic de psihiatrie. Vol. 3. Ed. Medicală, București, 1989.
 10. GRECU, Gh., CSIKY ,K. și PANTEA, E., Observații clinico-statistice asupra psihosindroamelor puerperale. Neurologia, Psihiatria , Neurochirurgia 1975, 20 : 297 – 305.
 11. GRECU, Gh.- Corelații între evenimentele de viață stresante și tulburările depresive. Casa de editură Mureș, 2003.
 12. GRECU,Gh, GABOȘ-GRECU,I. și MARIETA GRECU-GABOȘ.- Depresia. Ed.Ardealul, Târgu-Mureș, 2000.
 13. HAMILTON, J. A.- Postpartum psychiatric problems. Mosby, St. Louis, 1962.
 14. HAMILTON,J.&, HARBERGERP.,P.- Rituals and support an antropological view of postpartum depression,în : PostpartumPsychiatric Illiness, Univ. of Pennsylvania Press,1992.
 15. KLINKMAN, M.S.- The role of algorithms in detection of depression in primary care
 16. MOSES – KOLKO,E., & ROTH, K.- Antepartum and postpatum depression J. Am Med. Womens Assoc. Summer, 2004, 59 :181 – 191.
 17. NIELSEN , F. D.,VIDEBECKH,P., HEDEGAARD M.et al.- Post-partum depression identification of women at risk. Br.J. Obs. .Ginecol. 2000, 107 : 110-117.
 18. NONACS, R., EGGER,C.,ANVAR, J.- et al.-Assesment and treatment of depression during pregnancy : an updt. Psychiat Clin. Am., 2003, 26 : 547 – 562.
 19. PAPADIMITIOU , G.N.,DIKEOS, D.G., SODATOS, C.R.- Sleep disturbance in unipolare and bipolare depression. Neuropsihobiology, 2003, 48 :131 – 135
 20. PREDESCU,V.- Psihiatrie, Ed. Med. București, 1998..
 21. RIGHETTI,V.M, & CONNE, P.M.. Postpartum depession and mother infant Postpartum Depression and mother infant relationship att 3 months old. J. Affect. Dis. 2002,70: 291-306.
 22. STEWART, D.,ROBERTSON,E.,CINDY-LEE,D. et al.- An evidence-based approach to post-partum depression,Worldt Psychiatry , 2004, 3 : 07 -98.
 23. STUART, S., O,HARA, M., GORMAN, L.-Relation at 3 monthship J. Affect. Disord.,2002,70 :291 – 306.
 24. UDDENBERG, N. & ENGLESSON, I.- Prognosis of post partum mental disturbance. Acta Psychiat. Scand., 1978, 58 :201 – 212.