

ASPECTE CLINICE ȘI CRITERII DIAGNOSTICE ALE TULBURĂRILOR PSIHICE DIN PERIOADA POST-PARTUM TARDIV

Gabriela BUICU¹, R. CRISAN², C. STANCIU³, T. MOLDOVAN³, M. STOICA³, L. TĂRAN¹

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

Rezumat:

Pe baza numeroaselor studii clinice se poate trage concluzia că tulburările psihice din perioada postpartum tardiv, fac parte din categoria psihozelor legate de perioada de maternitate. Cele din perioada post-partum sunt mai bine delimitate și mult mai vast publicate în literatura de specialitate.

Consider că ele ar putea fi tratate ca entități individualizate și de sine stătătoare în cele două instrumente de clasificare și diagnosticare (ICD-XI și DSM-V).

Summary:

From many suggestive clinical studies we can concluded that Post-partum psychiatric disorders belong to Psychothical disorders during maternity and Post-partum psychiatric disorders are better delimited and vast published.

Majoritatea autorilor consideră post-partum tardiv ca fiind o tulburare instalată după naștere într-un interval de timp cuprins între 6 săptămâni și 6 luni, dar în cazuri rare, tulburarea își poate face apariția chiar până la un an, după lăuzie, care la rândul ei poate evolua normal sau patologic, descriindu-se următoarele forme: lăuzie, fiziologică, cu evoluție normală și imediată care, cuprinde primele 24 de ore după naștere, patologică, caracterizată prin apariția unor procese patologice și în special a infecției puerperale, lăuzia secundară caracteristică primelor 12 zile de la naștere și lăuzia tardivă, cu o durată cuprinsă între începutul săptămânii a treia și sfârșitul săptămânii a 6-a de la naștere, când organismul femeii revine la starea dinaintea sarcinii. (WIGNER. & STOWE 1997; PREDESCU 1998; RANKI 2000; LANCZIK 2000; BREAKEY 2001).

Referitor la clasificarea formelor de manifestare psihopatologică a tulburărilor din post-partum tardiv, semnalăm că, întrucât în privința acceptării lor ca entități de sine stătătoare au existat și există contradicții, și ca atare nici asupra delimitării lor nu s-a ajuns încă la un punct de vedere comun. Astfel, în timp ce majoritatea autorilor le susțin ca entități clinice cu manifestări clinice tipice (MUNOZ 1985; HAMITON 1994; PREDESCU 1998) alții se opun, considerându-le ca fiind doar unități clinice declanșate post-partum și aparținând psihiatriei generale.

În funcție de instrumentele actuale, clasificarea tulburărilor psihice aparute în perioada post-partum sunt incluse în entitățile psihice respective, ce apar fără legătură cu maternitatea, dacă se încadrează în criteriile corespunzătoare de

diagnostic. În caz contrar, psihopatologia de lactație își găsește locul în diferite rubrici, cum ar fi acelea de "Psihoze atipice" din DSM III-R și din glosarul național al tulburărilor psihice, cu mențiunea în diagnostic, a momentului în care au survenit, respectiv, post-partum tardiv. Pentru cazurile studiate în prezentul referat, DSM III R, DSM IV și CIM- X, nu include termenul istoric de "psihoze post-partum", încadrarea nosologică a acestor tulburări psihice se face după tabloul clinic dominant, cu eventuala specificare a asocierii cu perioada post-partum tardiv. De asemenea, după cum susține PREDESCU (1998), nici un sistem de clasificare nu recunoaște specificitatea vreunei tulburări psihice legată de maternitate.

În abordarea școlii românești de psihiatrie, tulburările psihice din post-partum tardiv, îmbracă două aspecte clinice majore: aspectul nevrotic, prezent în majoritatea cazurilor și aspectul psihotic, într-un număr mult mai redus de cazuri (GRECU et al 1975; GORGOS et al 1989, PREDESCU, 1998). În acest sens autorii citați mai sus descriu în cazul tablourilor clinice, aspectul depresiv, obsesivo-fobic sau histeriform pe fond neurasteniform, în timp ce în tabloul clinic de intensitate psihotică se descriu episoade depresive cu elemente psihotice de lactație și psihoze schizofreniforme, cu mențiunea că rareori pot apare și tablouri clinice de tip paranoid, maniacal, incluse în categoria sindroamelor psihoorganice de tip special. Cele mai frecvente tulburări psihice post-partum conturate mai bine în ultimii ani, de psihiatrii români și străini, și care, cu toată lipsa de unitate conceptuală, sunt de mare interes, clinico-terapeutic. Entitatea episoadelor psihozelor

puerperale pure, este afirmată ca fiind probabilă într-un studiu asupra populației feminine a Nigeriei de Nord (IFABUMMUYI și AKINDEE, 1985).

Ca sindrom “culture bond”, în societățile vestice, depresia post-partum cuprinde trei sindroame distincte: **post-partum “Blues”**, psihoza **post-partum**, și **depresia post-partum** sau depresia majoră puerperală (UNGANZD, 1992, și WALTNER, 1997). În ICD-X, tulburările legate de perioada de maternitate și în special cele legate de post-partum tardiv sunt clasificate în funcție de teme comune sau caracteristici descriptive comune și nu în funcție de dihotomia “nevroză – psihoză”, iar acolo unde se folosește termenul de psihoză se indică prezența: halucinațiilor, ideilor delirante și a unor grave tulburări comportamentale.

În cadrul tulburărilor psihice din perioada post-partum tardiv, în literatura de specialitate sunt descrise următoarele forme, denumite și tulburări psihice de lactație, dar care nu se regăsesc în noile instrumente de clasificare (ICD- X, și DSM-IV-R., și cu toate acestea noi le vom prezenta într-un mod mai mult sau mai puțin succint.

Tulburări nevrotice, corelate cu stresul și manifestările somatoforme, în ICD-X, sunt grupate într-o singură categorie, și anume: F 40 – F48, care cuprinde:

- F40. Tulburări anxioso- fobice,
- F41 Alte tulburări anxioase ;
- F42 Tulburări obsesiv-compulsive;
- F43 Reacția la stress sever și tulburarea de adaptare ;
- F44 Tulburări disociative (conversive) ;
- F45 Tulburări somatoforme; și
- F48 Alte tulburări nevrotice (neurastenienă).

Încadrarea nosologică a tulburărilor nevrotice se face pe baza sorgintei lor psihogene, a reversibilității simptomelor, aspectul funcțional al tulburării, păstrării atitudinii critice față de boală. Complexul tulburărilor psihice are răsunet somatic, fiind trăit conștient și penibil de către bolnavi. Dinamica, conținutul tulburărilor sunt comprehensibil relaționale istoriei dezvoltării subiectului fără deprecierea evidentă a trăsăturilor definitorii ale caracterului și personalității, procesul de cunoaștere și discernământul critic nu sunt alterate (PREDESCU 1998; GRECU 2003). Stările neurasteniforme sunt cel mai bine reprezentate în tabloul clinico-psihopatologic din perioada de lactație, iar debutul lor poate fi exteriorizat prin senzații de oboseală și epuizare psihică acompaniate de teamă, dificultăți de concentrare a atenției, hipomnezie de fixare și/sau evocare a unor

date, îndeplinirea cu dificultate a obligațiilor curente, senzație de incompletitudine și eșec iminent, neliniște și disconfort intern și relațional continuu, iritabilitate, labilitate emoțională, insomnie de adormire și altele. Depresia nevrotiformă de lactație evoluând pe fundalul neurasteniform se caracterizează prin dominația în tabloul clinic, a dispoziției neplăcute, tristețe, diminuarea activității și a interesului pentru copil. Apariția tulburării poate fi semnalată de prezența în antecedente a depresiei post-partum precoce cu debut în ziua a 3-a după naștere (POSTELNICU și HRIMIUC 2004). Tulburările nevrotice obsesivo – fobice își fac apariția și evoluează pe fundalul psihic neurasteniform și se caracterizează prin prezența obsesiilor ideative, tendințelor și acțiunilor obsesive și a fobiilor. Sindromul obsesional cu note anancast-psihastenice, se exprimă prin tendință la verificări, ritualuri, idei obsesive. Sindromul fobic are conținutul legat de naștere, sănătatea și normalitatea copilului, relațiile femeii cu ceilalți, sau de locuri, obiecte etc. El coexistă cu compulsii, generate de impulsii către acte periculoase, care sunt în contrast cu convingerile și sistemul de valori al bolnavului și de aceea aceste fenomene sunt acompaniate de o marcată anxietate. Din această categorie fac parte și:

-Tulburările de panică (F 41.0), care se manifestă clinic prin atacuri recurente de anxietate severă, nefiind limitate la nici o situație particulară sau la un set de circumstanțe, motiv pentru care ele apar în mod imprevizibil. De regulă sunt acompaniate de palpitații, dureri toracice, senzații de leșin, amețeli, depersonalizare și derealizare cu debut brusc. Tanatofobia, teama de a-și pierde controlul conștiinței sau a minții sunt fenomene observate în mod constant.

-Tulburarea anxios-generalizată (F 41.1) a cărei caracteristică esențială este anxietatea generalizată și persistentă, dar nu limitată sau predominantă la nici o circumstanță ambientală. Ca semne accesorii putem întâlni: nervozitate permanentă, tremurături, tensiune musculară, transpirații, amețeli, palpitații, disconfort epigastric.

Tulburarea mixtă anxios-depresivă (F 41.2), presupune prezența simultană a fenomenologiei anxioase și depresive, în timp ce nici un simptom luat separat nu este destul de sever pentru a justifica un diagnostic aparte. De asemenea, tulburările neuro-vegetative (tremurături, palpitații, mucoase uscate, disconfort epigastric) se întâlnesc frecvent.

Tulburarea obsesiv-compulsivă (F42) are drept caracteristică prezența ideilor obsesive și /sau a actelor compulsive recurente. Bolnava prezintă idei obsesive, imagini sau impulsuri stereotipe

supărătoare, involuntare, frecvent repugnante, încercând mereu să le reziste. Ritualurile sau actele sunt componente stereotipe ce nu urmăresc îndeplinirea unor sarcini utile, ci diminuarea anxietății, iar simptomele anxietății somatice ca și cele depresive sunt prezente în mod constant.

Tulburari psihotice in perioada post-partum tardiv

Foarte mult discutate în literatura de specialitate, psihozele postpartum și cele din post-partum tardiv prezintă aspecte și forme de manifestare aproape similare cu episoadele depresive și maniacale, precum și cu psihozele schizofreniforme (BENVENUTI et al, 1992; COX et al, 1993, BELL et al, 1994; SCHOPF & RUST, 1994, PREDESCU, 1998, PRELIPCEANU, 2000, KAPLAN & SADOCK 2003, GRECU, 2003). Sindroamele tipice tulburărilor de dispoziție de tip depresiv sau maniacal, precum și cele schizofreniforme sunt mai puțin severe și/sau mai puțin exprimate în cadrul afecțiunilor legate de maternitate. De regulă, în prim plan apar cu mai multă pregnanță simptomele din categorii fără legătură cu starea dispoziției sau cu delirul și halucinațiile. Astfel, își fac apariția: anxietatea, astenia, insomnia, acuzele hipocondriace, cenestopatiile, obsesii, fobii, compulsii, dismorfofobii și fenomene isteriforme. De altfel, SCHOPF și RUST (1994), pe baza unui studiu efectuat asupra unui număr de 119 femei cu tulburări psihice ce au debutat post-partum, beneficiind pentru prima oară de asistență psihiatrică, a constatat că în cazul debutului precoce (adică în primele două săptămâni de la naștere), a predominat sindromul maniacal - confuzia, tabloul clinic sugestiv al psihozei bipolare. Debutul tardiv, până la 3 luni după naștere, nu este asociat altor aspecte clinice, autorii consimt că nu există dovezi certe referitoare la o relație clară între un anumit tablou psihopatologic și perioada debutului post-partum precoce sau tardiv. MUNOZ (1995), pe baza studiilor sale, consideră că în nomenclatorul tulburărilor psihice, psihozele postpartum trebuie să ocupe un loc specific, altul decât cel al "psihozelor atipice", ele având debut, tablou clinic, evoluție și prognostic asemănătoare.

Dintre formele cu cea mai mare pondere în categoria tulburărilor post-partum se numără:

Tulburările depresive cu elemente psihotice, despre care KELLER (1992) afirma că, la peste 20% din pacientele cu episoade depresive majore simptomele depresive persistă timp de 2 până la 5 ani și că frecvența recurenței atinge aproximativ 60% la pacientele cu depresii post-partum. După relațiile multor autori, acest tip de episoade

depressive majore cu elemente psihotice este cel mai bine studiat (BECK, 1996; CALTABIANO et al 1996; WALTER, 1997; WIGNER&STOWE, 1997; PREDESCU, 1998; PRELIPCEANU, 2000; GOLDBERG, 2001 și alții).

Depresia, caracterizată prin prăbușirea dispoziției, în paralel cu diminuarea posibilităților de a se putea bucura de lucruri, activități și relațiile cu persoanele apropiate, tristețe profundă și chiar dureros de apăsătoare, acompaniate de inhibiție psihomotorie și risc suicidar crescut, este una din cele mai frecvente tulburări psihice severe întâlnită în perioada post-partum tardiv. Aici, riscul suicidar, precum și pruncuciderea (patologic altruistă) sunt prezente pe tot parcursul episodului depresiv cu elemente psihotice. Tabloul clinic al episodului depresiv major, cu elemente psihotice de tip halucinator-delirant (a cărui severitate poate oscila între medie și chiar ușoară), poate debuta sub o formă brutală și surprinzătoare prin incomprehensibilitate (cum sunt tentativele de suicid sau pruncucidere), crize de disperare, sentimentul de abandon sau incompletitudine, regrete sau culpabilitate față de evenimente ce nu ar corespunde realității sale și diminuarea interesului pentru îngrijirea copilului, insomnie în a doua parte a nopții, anergie, anorexie cu scădere ponderală, acompaniază simptomele psihodepresive.

După PREDESCU (1998), tulburările de dispoziție de ambele tipuri debutează spre sfârșitul perioadei post-partum precoce, prelungindu-se apoi și în perioada de lactație. Indiferent de gradul de severitate al episoadelor depresive, pentru diagnosticarea lor corectă, ele necesită cel puțin două săptămâni de observații și investigații, dar în cazurile cu un debut acut și florid din punct de vedere simptomatic și fenomenologic, este posibilă o diagnosticare chiar din primele ore sau zile de observații.

Alături de episoadele depresive, cu o pondere estimată de unii autori ca fiind mai mare decât a celor depresive, sesitează **episoadele maniacale** caracterizate prin: euforie, accelerarea ritmului ideativ și verbal (fugă de idei și logoree), hiperactivitate neuroductivă, cu posibilitatea de a se asocia cu elemente psihotice cum ar fi confuzia mintală, cu dezorientare temporo-spațială, refuz alimentar, inoportunități, impudoare, agresivități și chiar cu elemente disforice. Totodată **hipomania** care este o formă ușoară de manie în care oscilațiile dispoziției și ale comportamentului sunt destul de marcate, dar totuși aici nu sunt prezente elementele psihotice (halucinații sau delire). Elevarea ușoară dar persistentă a dispoziției, durează cel puțin câteva zile succesive, energia și volumul activității sunt crescute și asociate cu

sentimente de bine și eficiență mintală și fizică. Sociabilitatea, comunicativitatea verbală, excesul de familiaritate, sexualitatea sunt crescute și nevoia de somn redusă. De asemenea, aici mai sunt prezente iritabilitatea, diminuarea posibilității de concentrare a atenției - este de fapt hipervigil dar totodată hipotenace, și cu dificultăți ale posibilităților de a duce la bun sfârșit o activitate începută, trecând cu mare ușurință de la una la alta fără să termine nici una din cele începute.

De altfel, în ICD-X, alături de manie și hipomanie sunt descrise încă alte două forme :

Mania fără simptome psihotice (F 30.1), caracterizată prin: predominarea în tabloul clinic a dispoziției euforice, fără a ține cont de circumstanțe, creșterea elanului vital și a energiei, acompaniate de hiperactivitate fără finalizare, logoree, scăderea nevoii de somn și a atenției, distractibilitate marcată, dezinhibiții sexuale, autoapreciere exagerată, idei de grandoare sau supraomenești, optimism exagerat, și rareori iritabilitate și suspiciozitate.

Mania cu simptome psihotice (F 30.2) în care pe primul loc al tabloului clinic se situează ideile megalomane și o autoapreciere excesivă, care pot dezvolta deliruri, iar iritabilitatea și suspiciunea pot stimula construcția delirului de persecuție. Fuga de idei poate conduce la incomprehensibilitatea vorbirii. Comportamentul poate fi agresiv, igiena personală deficitară, ținuta vestimentară neadecvată, iar delirul și halucinațiile pot fi congruente sau necongruente cu dispoziția.

Tulburările schizofreniforme, debutează printr-un polimorfism caracteristic mai mult unei “psihoze acute și lucide” sau confuzivă, prin comiterea unor acte medico-legale surprinzătoare, prin episoade depresive, maniacale, nevrotiforme sau prin simptome hipocondriace, dismorfofobice, ori prin fenomene de depersonalizare și derealizare (PREDESCU 1989). În perioada de stare tabloul psihopatologic este reprezentat de tulburări în desfășurarea gândirii, activității și trăirii propriei personalități, voinței și activității, cu ambivalență și autism, la care se adaugă simptome accesorii, tulburări de percepție, idei delirante, tulburări funcționale ale memoriei, simptome catatonice, particularități ale vorbirii și scrisului. Tulburările percepției la nivelul tuturor analizatorilor, duc la senzația de oboseală, disconfort intern și relațional, uneori hiperestezie, cenestopatii, deseori explicate delirant. Mai putem întâlni iluzii vizuale, false recunoașteri cu caracter delirant (de substituie, de multiplicare de persoane), tulburări de schemă corporală și fenomene dismorfofobice. Halucinațiile auditive sunt cele mai frecvente alături de halucinațiile tactile, cenestezice, olfactive,

gustative, kinestezice și vizuale. Caracterul imperativ al halucinațiilor auditive poate conduce la acte grave de autovătămare, sau de agresare a copilului, mergând uneori până la suprimarea vieții acestuia. Atenția și memoria de fixare sunt diminuate prin detașare și lipsă de interes pentru ambianță. De asemenea pot coexista interpretări delirante ale unor amintiri, sau intuiții delirante care explică alomneziile sau pseudomneziile. Perioadele confuzive și stările de agitație psihomotorii sunt urmate sau acoperite de o amnezie lacunară.

Tulburările limbajului sunt exteriorizate prin incoerența gândirii pe fond de claritate a conștiinței și au caracter oscilant. Teoretic, ritmul gândirii este frecvent lentoros și cu baraje sau fenomenul de “fadding. mintal”. Se mai pun în evidență răspunsuri paralogice, adică “alături” de întrebare, perseverări, stereotipii verbale, alături de tulburări ale conținutului gândirii, constând în delirul trăit, primar și nemotivat, cu păstrarea capacității de judecată în afara sa. Temele delirante sunt polimorfe și cu o dinamică imprevizibilă nefiind influențate de argumente logice. Delirul primar se manifestă sub forma dispoziției delirante, interpretării (percepției) delirante și intuiției (inspirației) delirante. La fel în cadrul tulburărilor schizofreniforme din post-partum tardiv, ideile delirante dobândesc un anumit grad de stabilitate și organizare psihopatologică cu un conținut slab sistematizat, pe teme de persecuție, gelozie, hipocondrie, otrăvire, influențare și relație, modificări corporale și altele, tulburarea autistă a bolnavei își găsește expresia în acte comportamentale nemotivate (impulsive, agresive, răceală, sărăcie, sau aplatizare afectivă). La început tulburările afective sunt exprimate prin labilitate emoțională, fluctuația rapidă a sentimentelor asociată cu pierderea sentimentelor de simpatie față de membrii familiei, în principal față de copii. Stările disforice, euforice depresive sau mixte sunt ulterior înlocuite de indiferentism, rigiditate afectivă, incapacitatea modelării afective la situațiile trăite, inversiune afectivă față de persoanele apropiate (părinți, copii, frați, surori, rude apropiate), ambivalență afectivă, discordanță ideo-afectivă. Depersonalizarea și derealizarea conduc la disocierea personalității bolnavei. Literatura de specialitate menționează frecvența crescândă în tulburarea schizofreniformă post-partum a fenomenologiei schizo-afective, constând din coexistența unor simptome maniacale sau depresive evidente, cu simptomele disociative. Tabloul clinic al tulburării schizofreniforme postpartum este conturat de sindromul depresiv sau maniacal suprapus peste simptomele tipice schizofrenice, cu delir sau

halucinații, legate de simptomele afective, congruente cu dispoziția și care persistă cel puțin o lună după remisia sindromului afectiv sau incoerența gândirii.

Caracterizarea tabloului clinic al tulburărilor de tip schizofren, conform ICD-X, evidențiază următoarele aspecte: prezența unor distorsiuni fundamentale și caracteristice ale gândirii și percepției precum și ale afectelor, care sunt neadecvate sau tocite. Câmpul conștiinței este clar și capacitatea intelectuală este de obicei păstrată. Acest tip de tulburare implică funcțiile de bază, care dau persoanei sentimentul unicității, identității și al autonomiei. Se dezvoltă deliruri, percepția este frecvent perturbată, apar halucinații, preponderent auditive. Perplexitatea este de regulă precoce. Gândirea este vagă eliptică, obscură, expresia ei în vorbire devine uneori incomprehensibilă. Apar întreruperi și interpretări în cursul gândirii, afectivitatea este decolorată, superficială, capricioasă și în special inadecvată. Ambivalența și tulburarea voinței, pot apare sub formă de inerție, negativism sau stupoare, iar catatonie este adesea element important al tabloului clinic. Debutul poate fi acut, prin perturbări comportamentale sau insidios. Totodată, nu pot fi identificate simptome strict patognomonice. Îndreptarul diagnostic ICD-X, divide simptomele acestor tulburări, în grupuri de importanță specială pentru diagnostic :

- ecoul gândirii, insertia sau furtul gândirii și răspândirea gândurilor ;
- idei delirante de control, influență sau pasivitate, referitoare la mișcările corpului sau ale membrilor, ori la gânduri, acțiuni, sentimente specifice, percepția delirantă;
- halucinații auditive, comentarii continue despre comportamentul subiectului, sau discuții între ei, ori alte tipuri de halucinații auditive, venind dintr-o anumită parte a corpului ;
- idei delirante persistente, cultural inadecvate și complet imposibile;
- halucinații persistente de orice tip, când suntacompaniate de idei delirante, fără un conținut afectiv clar, fie de idei delirante de supraevaluare persistentă sau halucinații zilnice, timp de mai multe zile sau luni, succesiv ;
- întreruperi sau alterări prin interpelare în cursul gândirii, din care rezultă incoerență, vorbire irelevantă, sau neologisme ;
- comportament catatonic, cum ar fi postura catatonică, flexibilitate ceroasă, negativism, autism, mutism, sau simptome negative cum ar fi apatia, sărăcia limbajului, răcirea

sau incongruența răspunsurilor emoționale având ca rezultat replierea socială și scăderea performanțelor;

- o modificare semnificativă și intensă în calitatea globală a unor aspecte ale comportamentului: lipsă de interes, de finalitate, atitudine de tipul autoreplierii și retragerii sociale ;

Deci, tabloul clinic al tulburărilor puerperale poate îmbrăca aspectul unei tulburări psihotice acute și tranzitorii. Într-o perioadă de 2 săptămâni sau chiar mai puțin se face schimbarea de la starea lipsită de tulburări psihotice, la o stare psihopatologică. Sindroamele tipice sunt: starea variabila și rapid schimbătoare (polimorfă) și prezența simptomelor schizofrenice tipice; debutul lor este asociat unui stress acut, existând însă și posibilitatea apariției tulburării fără o aparentă relaționare la un eveniment de viață stressant. De obicei, vindecarea completa survine în 2 sau 3 luni, dar un număr redus din paciente prezintă în continuare semne importante ale acestor tulburări, prezentând totuși o remisie parțială (MUNOZ.1985; ROBINSON & STEWART 1986; PREDESCU 1998; GOLDBERG 1999; HERZ 2000; LANCZIK 2000; KAPLAN & SADOCK, 2003).

Dacă în tabloul clinic al tulburării psihotice acute simptomele principale sunt oarecum stabile întrunind criteriile pentru schizofrenie, dar având o durată mai mică de o lună, ICD-X, **il încadrează în tulburarea psihotică acută schizofrenia-like (F 23.2).**

Tulburările schizoafective se caracterizează prin concomitența simptomelor afective și schizofrenice, cu caracter permanent, în cazul aceluiași episod al bolii. Ele pot avea aspect maniacal, depresiv sau mixt.

În tulburarea schizofrenico-afectivă de tip maniacal, anormalitatea dispoziției este de tip relație,acompaniată de creșterea stimei de sine, idei megalomane, excitație, iritabilitate, comportament agresiv, idei interpretativ paranoide în special de persecuție, energie crescută, hiperactivitate, concentrare deficitară, pierderea inhibiției sociale normale, delir de referință, grandoare, persecuție. Sunt necesare însă simptome schizofrenice tipice, cum ar fi ideile delirante bizare, difuzarea sau interferarea gândirii. Debutul este acut, comportamentul modificat grosier, evoluția de câteva săptămâni, de regulă, vindecarea este completă.

În tabloul clinic al **tulburării schizo-afective de tip depresiv** simptomele schizofrenice și depressive sunt ambele proeminente în același episod al bolii. Deprimarea dispozițieiacompaniate de mai multe

alte simptome caracteristice depresiei, sau anormalități comportamentale (lentoare, insomnie, pierderea elanului vital, apetitului, scăderea ponderală, pierderea interesului, culpabilitate, sentimente de disperare, preocupări autolitice). Totodată, există simptome tipic schizofrenice cum ar fi: delirul de persecuție sau halucinațiile auditive. Aceste tulburări sunt mai puțin floride decât cele maniacale, dar tind să dureze mai mult și ca atare prognosticul este mai puțin favorabil.

Tulburarea schizo-afectivă de tip mixt, se caracterizează printr-o asociere de simptome schizofrenice (F 20), cu cele ale tulburărilor afective de tip bipolar mixte (F 31.6).

Pe baza numeroaselor studii clinice se poate trage concluzia că tulburările psihice ale perioadei postpartum tardiv, fac parte din categoria pihozelor legate de perioada de maternitate. Cele din perioada post-partum sunt mai bine delimitate și mult mai vast publicate în literatura de specialitate.

Consider că ele ar putea fi tratate ca entități individualizate și de sine stătătoare în cele două instrumente de clasificare și diagnosticare (ICD-X și DSM-IV).

Bibliografie

- Bell A.J., Land N.M., Milnr S. et al – Long term outcome of postpartum psychiatric illness requiring admission. J. Affect. Disord. 1994, 31: 67-70
- Benvenuti P., Cabras P., Servi P. et al.- Puerperal psychoses a clinical case study with follow-up. J. Affect, Disord. 1992, 28: 25 – 30.
- Breakey W.,R.- Servicii integrate de sănătate mintală. Psih. comunitara Modernă. Edit. Fundației Pro, București, 2001 (pp.129 – 149).
- Cox, J.L., Muray, D.,Chapman,G.-A controlled study of the onset duration and prevalence of postnatal depression. Brit. J. Psychiatry, 1993, 103 : 27 – 31.
- Fabrega, H.- Psychiatric stygma in non-Western societies. Compr. Psychiatry, 1991, 32 : 534- 551.
- Gelder M., Gath , D.,Mayou, R.-Oxford Textbook of Psyhiatry.. Asociația Psihiatrilor Liberi din România. Geneva, Inițiative Publlishers, 1994,
- Goldberg, J.R.- Ghid clinic. de Psihiatrie., ediția a doua. Edit. All. Educational București 2001.
- Gorgos C,- Dicționar enciclopedic de psihiatrie. Vol.3. Ed.Medicală, București, 1989.
- Greco G., Csiky K. Și Pantea E.; Observații clinico-statistic asupra psihosindroamelor puerperale. Neurologia, Psihiatria , Neurochirurgia 1975, 20 : 297 – 305..
- Greco Gh.- Corelații între evenimentele de viață stresante și tulburările depresive. Ed.Casa de editură Mureș, 2003.
- Hamilton J. A.- Postpartum psychiatric problems. Mosby, St. Louis,, 1962.
- Hamilton J.&, Harberger P., - Rituals and support an antropological view of postpartum depression, în: Postpartum Psychiatric Illness, Univ. of Pennsylvania Press, 1992.
- Herz E, -Postparentale depression Studien zur Praevalenz and Praevention PsychiatDanub.,2000,12 : 1-4.
- Kaplan H.I. & Sadock. V,A.- Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Phladelphia, 2003.
- Kler C. & Lennz G.-Psychotherapie bei Postpartaler depression. Psychiat.Danub., 2000,12: 107 – 121.
- Lanczik M.N.-Klinik der postpartalen depression. Psychiat, Danub.,2000, 12 : 5-7.
- MARCE L.V.- Traite de la fammeseenceintes, des nouvelles accouchees et desnourices. Baillierre et Fils, Paris, 1858.
- MUNOZ R.A.-Postpartum psychosis as a discrete entity, J. Clin. Psychiatry 1985, 43 : 182-185.
- POSTELNICU C. & HRIMIUC V.- Particularități ale unor interrelații actuale în Asistența de psihiatrie. În: Psihopatologia , 1995.(pp.108 – 112).
- Predescu V.- Psihiatrie. Ed. Medicală București, 1998 (pp. 519 – 535).
- Predescu V.-Psihiatrie. Ed. Medicală, București, 1989 (pp.261 – 282)
- Prelipceanu D., Mihăilescu R. Si Teodorescu R.- Tratat de sănătate mintală. Ed,Enciclopedică, București, 2000 (pp.402 – 423)
- Rankl C.-Mutter-kind-interaktion bei Postpartaler Depression Psychodynamik and Folgewirkung.. Psychiat. Danub., 2000, 12 :24-25.
- Robinson G.E & Stewardd E,- Postpartum psychiatric disorders. Can Med. Assoc. J., 1986, 134 : 31 – 37.
- Saucier J.F.,Bornazzani O., Borgeat F. et al.- Le contribution de variables sociales

- a la prediction de la depression postnatale. Sante mentale au Quebec., 1995, 20: 35 –58.
26. Seguin L, & Cossette - La depression postnatale les facteurs socio-environnementaux. Sante mentale au Quebec, 1991,16 : 149 – 161.
 27. Șchiopu U., Verza E.- Psihologia vârstelor. Ed. Did. Ped. București, 1981,
 28. Unganriza, D. N. Postpartum affective disorders, incidence and treatment. J.Psychosoc.Nus.Ment. Healt Serv. 1992,30: 29-32.
 29. Walterv.N.-Postpartum depression a review for perinatal social orkers. Soc. Work.Health Care, 1997, 24 : 99-110.
 30. Wigner K. L. & Stowe Z. N.- Psihobiology of postpartum mood disorders: Semin. Reprod. Endocrinol., 1987, 15 : 77-89..
 31. XXX I.C.D.10 –The classification of mental and behavioral disorders. W: H. O., Geneve, 1992.
 32. XXX D.S.M.- IV- 1994, A. P. A., WASHINGTON, 1994.