

MENTALNI POREMEĆAJI U PERIPARTALNOM PERIODU

Maja Milosavljević^{1,2}, Olivera Vuković^{1,2}

¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

²Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Peripartalni mentalni poremećaji se definišu kao oni mentalni poremećaji koji nastaju tokom trudnoće i prvih godinu dana nakon porođaja. Mogu se javiti kod žena, ali i kod njihovih partnera i mogu nastati *de novo* ili kao pogoršanje kod osoba koje već imaju mentalne poremećaje. Perinatalna psihijatrija se pored prevencije nastanka peripartalnih poremećaja bavi i dijagnostikom, pravovremenim i na dokazima zasnovanim terapijskim procedurama kako farmakološkim tako i psihosocioterapijskim. Nепреpoznati i nelečeni mentalni poremećaji tokom trudnoće i posle porođaja mogu imati dalekosežne posledice po zdravlje i opštu funkcionalnost žene, zdravlje i pravilan razvoj novorođenčeta, ali i partnerske odnose i društvo u celini.

Ključne reči: *peripartalni mentalni poremećaji, postpartalna depresija, trudnoća, porođaj*

Uvod

Peripartalni mentalni poremećaji se definišu kao duševni poremećaji nastali tokom trudnoće i prvih godinu dana posle porođaja. Mogu se javiti kod žena, ali i kod njihovih partnera i mogu nastati *de novo* ili predstavljaju pogoršanje kod osoba koje već imaju mentalne poremećaje. Perinatalna psihijatrija se bavi prevencijom nastanka ovih poremećaja, njihovom dijagnostikom i terapijskim procedurama zasnovanim na dokazima (farmakološkim i psihosocioterapijskim). Nепреpoznati i nelečeni mentalni poremećaji tokom trudnoće i posle porođaja mogu imati dalekosežne posledice po zdravlje i opštu funkcionalnost žene, zdravlje i pravilan razvoj novorođenčeta, ali i partnerske odnose. Uprkos značajne učestalosti javljanja ovih poremećaja, njihova dijagnostika i lečenje nisu na zadovoljavajućem nivou iz brojnih razloga kao na pr. postojanja predrasuda i stigme, nedovoljne informisanosti opšte i stručne javnosti, nemotivisanosti pacijentkinja za lečenje, pridavanje većeg značaja somatskim i ginekološkim smetnjama koji se javljaju tokom perinatalnog perioda i sl.

Istorijat

Prvi pisani tragovi o mentalnim poremećajima u perinatalnom periodu datiraju od Hipokrata u IV veka p.n.e. [1]. Njegove hipoteze pretpostavljale su biološku osnovu poremećaja smatrajući da zadržavanje lohija može uticati na „glavu“ i dovesti do agitacije, delirijuma i nastanka onoga što danas zovemo maničnim epizodama. U XIII veku, *magistra mulier sapiens* Trotula de Salerno, prva žena ginekolog-akušer i profesor Medicinske škole u Salernu, pretpostavila je da mentalni poremećaji nakon porođaja nastaju zbog zadržavanja viška tečnosti u telu. Tokom srednjeg veka, međutim, dominiralo je verovanje da su žene sa psihičkim problemima nakon porođaja začarane, da su veštice i tek od XIX veka, preciznije od Eskirola (*Jean-Étienne-Dominique Esquirol*) započinje savremeno doba prepoznavanja i lečenja ovih poremećaja. Eskirol je u svom radu 1819. godine opisao 92 slučaja postpartalnog delirijuma i melanholiije u bolnici *Salpêtrière* u Parizu i pretpostavio da je broj žena sa ovim poremećajima značajno veći od onog koji se viđa u kliničkoj praksi. Predloženi tretman je uključivao negu, tople kupke i purgative. Eskirol je kao i većina njegovih savremenika smatrao da postoje dve grupe postpartalnih poremećaja: puerperalni koji se javljaju u prvih 6 nedelja posle porođaja i laktacioni koji nastaju nakon 6 nedelja od porođaja.

Luj-Viktor Marse (*Louis-Victor Marcé*) je u monografiji koju je objavio 1858. godine pod nazivom „Traktat o ludilu kod trudnica, porodilja i dojilja“, između ostalog prikazao 310 trudnica i porodilja i pretpostavio, u skladu sa Hipokratom i Trotulovom vekovima ranije, da psihološki postpartalni poremećaji nastaju u vezi sa organskim i funkcionalnim promenama koje nastaju u ženskom reproduktivnom sistemu nakon porođaja [2]. U skladu sa ovim predložio je da se ovi poremećaji klasifikuju u zasebnu dijagnostičku kategoriju. Njegovi stavovi su ignorisani tokom narednih 150 godina i retko

su se psihijatri i psiholozi bavili tematikom peripartalnih mentalnih poremećaja, tako da nova epoha u istraživanju u ovoj oblasti započinje tek krajem XX veka.

Od pionirskog rada Kendala i sar. 1987. godine koji su ukazali na svojevrsnu „eksploziju“ mentalnih poremećaja u prve četiri nedelje nakon porođaja, pažnja kliničara i istraživača usredsređena je na postpartalnu psihopatologiju [3,4].

Klasifikacija

U četvrtoj reviziji dijagnostičkih i statističkih kriterijuma Američke psihijatrijske asocijacije (DSM-IV, 1994) postpartalni početak poremećaja se prvi put specifikuje vremenski na četiri nedelje od porođaja [5]. Peta revizija, DSM 5, 2013. godine prepoznaje veliki depresivni poremećaj sa peripartalnim početkom, odnosno poremećaj koji nastaje tokom trudnoće i u prve četiri nedelje nakon porođaja [6]. Postpartalna psihoza nije izdvojena kao zaseban nozološki entitet.

Međunarodna klasifikacija bolesti, njena aktuelna 10 revizija iz 1992. godine, prepoznaje zasebnu grupu pod nazivom: Mentalni poremećaji i poremećaji udruženi s babinjama, neklasifikovani na drugom mestu – F53 [7], i uključuje poremećaje koji nastaju u periodu do šest nedelja nakon porođaja u formi blagog poremećaja F53.0 i teškog F53.1, kao i neklasifikovani na drugom mestu F53.8 i nespecificovani F53.9.

Uzevši u obzir obe zvanične klasifikacije mentalnih poremećaja rad u svakodnevnoj kliničkoj praksi uključuje postojanje depresivnog poremećaja, anksioznih poremećaja (paničnog poremećaja i agorafobije prvenstveno), opsesivno kompulzivnog poremećaja, bipolarnog afektivnog poremećaja, psihoze i posttraumatskog stresnog poremećaja koji nastaju pre, tokom i 12 meseci nakon porođaja.

Aktuelne zvanične klasifikacije, nažalost, ne prepoznaju sva stanja i poremećaje koji se javljaju tokom peripartalnog perioda. Doajen u ovoj oblasti Ian Brockington je 2004. godine predložio drugačiji pristup klasifikaciji poremećaja koji se javljaju u peripartalnom periodu. On razlikuje:

- *Postnatalni mentalni poremećaji*
 - Psihотиčni poremećaji
 - Depresija
 - Poremećaj u interakciji između majke i deteta
 - Specifični anksiozni poremećaji
 - Poremećaji koji su posledica stresogenog porođaja (PTSP)
- *Antenatalni mentalni poremećaji koji se ispoljavaju tokom trudnoće*
 - Primarni – poremećaji koji su se ispoljili pre trudnoće (na pr. shizofrenija, bipolarni poremećaj, zloupotreba supstanci, itd.)

- Sekundarni – poremećaji koji se javljaju tokom trudnoće (npr. poremećaji prilagođavanja, anksiozni poremećaji, tokofobija, hyperemesis gravidarum, antenatalna depresija, itd)

U daljem tekstu, pokušaćemo da opišemo i neke od navedenih poremećaja koji nisu prepoznati u zvaničnim klasifikacijama.

Epidemiologija

Prikaz učestalosti mentalnih poremećaja u peripartalnom periodu značajno varira u zavisnosti od metodološkog pristupa u epidemiološkim studijama. Značajno je da su istraživanja i epidemiološka praćenja dostupnija u visokorazvijenim zemljama. Takođe, smatra se da je učestalost pojave peripartalnih mentalnih poremećaja potcenjene iz brojnih razloga, primera radi iz istraživanja su isključivane pacijentkinje koje su nepismene, koje imaju porodičnu ili ličnu anamnezu mentalnih poremećaja, vremenske odrednice za postpartalni poremećaj i sl. [8]. Poremećaji prilagođavanja se javljaju kod 150-300 na 1000 porođaja, blage do umerene depresivne epizode i anksiozni poremećaji kod 100-150 na 1000 porođaja, teška depresivna epizoda kod 30 na 1000 porođaja, a psihoza kod 2 na 1000 porođaja [9].

Širom sveta, procenjuje se da se antenatalna depresija javlja kod jedne od pet trudnica [10,11]. Prema raspoloživim podacima, u Sjedinjenim Američkim Državama se antenatalna depresija registruje kod 9-13% trudnica, a postpartalna major depresivna epizoda kod 7% tokom prva tri meseca postpartalno, kod 22% u prvih 12 meseci posle porođaja. Takođe, postoje istraživanja u kojima se navodi da približno 10% očeva ispolji depresivni poremećaj u prvoj godini po rođenju deteta [12].

Faktori rizika

Brojni faktori učestvuju u nastanku peripartalnih mentalnih poremećaja i mogu se podeliti na psihološke faktore, faktore biološke vulnerabilnosti i životne stresore, a prema vremenu delovanja u odnosu na porođaj dele se na antenatalne, perinatalne i postnatalne faktore.

Hormonalne promene kod trudnice i porodilje su nesumnjivo jedan od faktora koji doprinosi nastanku peripartalnih mentalnih poremećaja. Tokom trudnoće dešavaju se brojne fiziološke promene, između ostalog dolazi do porasta koncentracije kortizola, ACTH i CRF-a. Takođe, tokom trudnoće se sekretuje „reproduktivni CRF” iz srži nadbubrežne žlezde, ovarijuma, miometrijuma, endometrijuma i placente [13,14]. U toku trudnoće, kortizol ima dvostruko dejstvo na koncentraciju CRF-a i to stimulišuće na reproduktivni i inhibitorno na CRF iz centralnog nervnog sistema. Aktivnost ženskog reproduktivnog endokrinog sistema i sistema stresa su dvosmerno povezani tako što CRF (kao i ACTH i kortizol) inhibira hipotalamički centar gonadalne osovine, dok estrogen stimuluše HPA osovinu.

Najnovije studije u kojima su primenjene tehnike moždane vizualizacije doprinose boljem razumevanju faktora koji dovode do razvoja psihopatologije

tokom peripartalnog perioda. Oatridge i njeni saradnici su 2002. godine objavili intrigantne rezultate koji ukazuju da tokom trudnoće dolazi do povraćanja volumena moždanih komora i redukcije veličine mozga sa povratkom na veličinu pre začeca nakon porođaja, ali da je mehanizam ovog fenomena krajnje spekulativan. Autori studije dodaju da se ovaj fenomen primećuje kako kod žena sa normalnom trudnoćom, tako i kod onih kod kojih je ustanovljena preeklampsija, uz napomenu da su promene statistički značajno veće kod žena u stanju preeklampsije [15]. Druga studija pokazuje da tokom trudnoće dolazi do dugotrajnih promena u volumenu pre svega sive moždane mase [16].

Najbolje su istraženi faktori rizika koji dovode do nastanka postporođajne depresije [17]. Antenatalni faktori rizika za nastanak postporođajne depresije obuhvataju antenatalnu depresiju i anksiozne poremećaje, ličnu i porodičnu istoriju depresije, stresogene životne događaje, kao i nedostatak socijalne podrške. Pored toga, karakteristike ličnosti trudnice (naglašene crte neuroticizma), nisko samopoštovanje, partnerska disfunkcionalnost, nizak socioekonomski status i ginekološke komplikacije mogu biti precipitirajući faktori za nastanak mentalnih poremećaja [18]. Peripartalni i postpartalni faktori rizika su moguće opstetričke i ginekološke komplikacije samog porođaja i nezadovoljavajuća socijalna podrška (partnerska, porodična ili medicinska).

Klinička slika

Prenatalna (antenatalna) depresija

Poremećaj počinje tokom trudnoće sa prevalencom od 10-20%. Karakteriše se simptomima plačljivosti, nesаницe, stalnog osećaja umora, poremećaja apetita, anhedonijom, anksioznošću, razdražljivošću, neraspoloženjem, „teškim prihvatanjem trudnoće“ i sl.

Nelečena antenatalna depresija povećava rizik od pobačaja, prevremenih porođaja, rađanja dece sa manjom telesnom težinom od očekivane i veće učestalosti preeklampsije. Bebe majki koje imaju depresiju tokom trudnoće imaju povišen nivo kortizola i kateholamina (vazokonstrikcija, redukcija fetalnog protoka) na rođenju [19].

Postporođajno tugovanje (baby blues)

Prevalenca postporođajnog tugovanja je visoka i kreće se u rasponu od 50 do 80%. Počinje tokom prvih nekoliko dana nakon porođaja (uobičajeno tokom prve nedelje, sa pikom 3-5. dana) zbog čega se neretko naziva *sindromom trećeg dana* [3]. Simptomi se najčešće spontano povlače u periodu od dve nedelje od porođaja. Manifestuje se simptomima kao što su plačljivost, tužno raspoloženje, razdražljivost, prenaplašena empatija, anksioznost, labilno raspoloženje („ups“ and „downs“), osećaj preplavljenosti, nesаницa i umor ili iscrpljenost.

Postporođajna depresija

Poremećaj nastaje uobičajeno tokom prvih dva do tri meseca posle porođaja, uz napomenu da može nastati već i u prvim danima postpartalno. Simptomi poremećaja traju duže od dve nedelje i prevalenca iznosi 10-20%.

Simptomi koji karakterišu postporođajnu depresiju su osećaj perzistentne tuge, učestalo plakanje (čak i zbog „sitnica”), poteškoće koncentracije, osećaj bezvrednosti, neadekvatnosti ili krivice, razdražljivost, „namćorluk”, zanemari-vanje brige o sebi i/ili bebi i zapostavljanje svakodnevnih, rutinskih poslova. Može nastati psihomotorna agitacija ili retardacija, osećaj umora i gubitka ener-gije, insomnija ili pak hipersomnija, poremećaji apetita i anksioznost (sa bizarnim idejama i strahovima, na pr. opsesivne misli porodilje da će povrediti bebu). Ve-oma često porodilje opisuju osećaj preplavljenosti koji doživljavaju. Značajno je napomenuti da su česti i telesni simptomi (glavobolja, bolovi u grudima, pal-pitacije, obamrlost i hiperventilacija) na koje se žale porodilje sa postporođajnom depresijom, kao i loš *attachment* sa bebom, gubitak zadovoljstva ili interesovanja za stvari u kojima je ranije žena uživala. U najtežim slučajevima poremećaja mogu se javiti ponavljajuće misli o smrti, suicidu ili infanticidu [3].

Tok poremećaja može biti različit, može doći do potpune remisije unutar prvih nekoliko meseci nakon porođaja, dok kod drugih može nastati hronifikovan tok poremećaja. Postporođajna depresija može nastati *de novo* ili nastati kod paci-jentkinja koje već u anamnezi imaju hroničnu depresiju ili distimiju [17].

Postpartalna psihoza

Postpartalna psihoza predstavlja urgentno stanje u psihijatriji i karakteriše se naglim početkom koji se odigrava uobičajeno unutar 72 sata od porođaja. Čak 95% slučajeva se dogodi u prve dve nedelje posle porođaja [20]. Poremećaj se ispoljava simptomima depresivnog ili maničnog raspoloženja koje može brzo fluk-tuirati, uz često prisutno disforično raspoloženje, dezorganizovano ponašanje, konfuziju, halucinacije, sumanute ideje (specifičnog sadržaja vezanog za trudnoću i porođaj), suicidnost i infanticid (iz sumanutosti ili zanemarivanjem) [3,21].

Anksiozni poremećaji

Poznato je da se simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja i gener-alizovanog anksioznog poremećaja intenziviraju tokom trudnoće. Panični poremećaj se u 10% slučajeva javlja *de novo*, a opsesivno-kompulzivni u 3-5% tokom trudnoće [22]. Ova grupa poremećaja je značajno manje analizirana u lit-eraturi, a još ređe dijagnostikovana i lečena u peripartalnom periodu.

Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj (PP-PTSP) je zvanično prepoznat 1994. godine u DSM IV. Dijagnostikuje se kod oko 2-6% svih žena nakon porođaja, dok se pojedinačni simptomi PP-PTSP-a evidentiraju kod čak 33% porodilja [23,24]. Karakteriše se simptomima u vidu izbegavanja (razgovora vezanih za porođaj, ginekoloških pregleda, narednih trudnoća), ponovnim proži-vljavanjem (nametanjem slika vezanih za porođaj koji je žena doživela kao

traumu, snovima sa ovom tematikom) i povišenom nadraženošću (nesanicom, napetošću) [25,26].

Dijagnoza

Dijagnoza peripartalnih mentalnih poremećaja se postavlja u skladu sa MKB-10 [7] ili DSM 5 [6] klasifikacijom.

Edinburška skala za procenu postpartalne depresije (EPDS) se može se koristiti kao skrining instrument samoprocene, tokom trudnoće i postpartalno, a sastoji se od 10 ajtema. Skor od najmanje 10-13 ukazuje na postojanje depresije [27]. EPDS povećava detekciju PPD sa 6,3% na 35,4% [28].

Značajno je pomenuti da je obavljanje rutinskog skrininga, pre svega, za postporođajnu depresiju izuzetno značajno jer nam omogućuje pravovremeno otkrivanje pacijentkinja sa ovim poremećajem, postavljanje dijagnoze i blagovremeno započinjanje tretmana. Rutinskim skriningom, šest nedelja posle porođaja, učestalost dijagnoze postpartalne depresije je porasla sa 3,7% na 10,7% [29]. Skrining mogu da obavljaju svi zdravstveni radnici koji su u kontaktu sa porođiljom. *Whooley* pitanja predstavljaju najlakši i najpristupačniji vid skrininga i sastoje se od svega 2 pitanja 1) Tokom proteklog meseca, da li ste se često osećali neraspoločeno, depresivno ili beznadežno? i 2) Tokom proteklog meseca, da li ste često bili nezainteresovani ili bez osećanja zadovoljstva za stvari koje ste radili? [30].

Diferencijalna dijagnoza

Neophodno je trudnicu i porođilju sagledavati sveobuhvatno: somatski i psihički. Obratiti pažnju na moguću disfunkciju štitaste žlezde, anemiju, hroničikovan umor, hormonalne fluktuacije (pre svega polnih hormona, ali i kortizola) i sl.

Zaključak

Mentalni poremećaji u peripartalnom periodu se mogu predvideti, prevenirati, dijagnositi i lečiti. Ukoliko ostanu neprepoznati i nelečeni, posledice trpi ne samo žena već i dete, njen partner, članovi porodice i društvo u celini. Oporavak pacijentkinje zavisi od brzine postavljanja dijagnoze, težine ispoljene kliničke slike, terapijskog odgovora, socio-ekonomskih okolnosti u kojima pacijentkinja živi, ali i angažovanosti i motivisanosti pacijentkinje, kao i porodično-socijalne podrške koju ima. Značajna uloga društva i sistema zdravstvene zaštite ogleđa se u povećanju javne svesti o problemu peripartalnog mentalnog zdravlja, destigmatizaciji, profesionalnoj edukaciji, povezanosti i umreženosti ustanova u okviru sistema zdravstvene zaštite i poboljšanju i povećanju ljudskih i tehnoloških resursa.

MENTAL DISORDERS IN THE PERIPARTUM PERIOD

Maja Milosavljevic^{1,2}, Olivera Vukovic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Perinatal mental health disorders are defined as mental conditions developed during pregnancy or in a year following child delivery. Women are affected but it is possible partners can be too, as a new or additional mental health condition. The aim of perinatal psychiatry is preventing perinatal mental health problems, as well as timely and scientifically based diagnose and offer evidence-based treatment including psychosocial therapy or medications. Undiagnosed or untreated perinatal mental disorders during or after pregnancy can have significant and long-lasting effects on the wellbeing of the women and her overall health, child health and development, as well as partner relationships and society as whole.

Key words: *Perinatal mental health disorders, postpartum depression, pregnancy, delivery*

Literatura

1. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA*. 2002 Feb 13;287(6):762-5.
2. Trede K, Baldessarini RJ, Viguera AC, Bottero A. Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(2):157-65.
3. Vuković O, Damjanović A, Marić N, Cvetić T, Zebić M, Britvić D. i sar. Perinatalna psihijatrija: smernice u kliničkoj praksi. *Engrami*. 2008;30(3-4):47-52.
4. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-73.
5. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
6. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
7. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions Guidelines. Geneva.WHO; 1992.
8. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012 Feb 1;90(2):139-49.
9. Oates M. Perinatal mental health services Recommendations for the provision of services for childbearing women. College Report CR197 (revision of CR88), 2015. On line: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr197.pdf?sfvrsn=57766e79_2
10. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A. Group EYR The impact of antenatal depression on perinatal outcomes in Australian women. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169907
11. Fisher J, MCd M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139-49.
12. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G. et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb;(119):1-8.
13. Chrousos GP. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *N Engl J Med*. 1995 May 18; 332(20):1351-62.
14. Kalantaridou SN, Makrigiannakis A, Zoumaki E, Chrousos GP. Stress and the female reproductive system. *J Reprod Immunol*. 2004 Jun;62(1-2):61-8.
15. Oatridge A, Holdcroft A, Saeed N, Hajnal JV, Puri BK, Fusi L. et al. Change in brain size during and after pregnancy: study in healthy women and women with preeclampsia. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2002 Jan;23(1):19-26.
16. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D. et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*. 2017 Feb;20(2):287-96.
17. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2014 Jan-Feb;22(1):1-22.

18. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95.
19. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Prim Care*. 2009 Mar;36(1):151-65, ix.
20. Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med*. 2009 Feb 10;6(2):e13.
21. Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, Robertson Blackmore E, Bergink V. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disord*. 2017 Sep;19(6):450-57.
22. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):303-10.
23. Milosavljevic M, Lecic Tosevski D, Soldatovic I, Vukovic O, Miljevic C, Peljto A, Kostic M, Olf M. Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women. *Sci Rep*. 2016 Jun 8;6:27554.
24. Milosavljevic M. Prevalenca posttraumatskog stresnog poremećaja u postpartalnom periodu i njegova veza sa nivoom kortizola u krvi [disertacija]. Kragujevac: Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu; 2016.
25. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003 Mar; 30(1):36-46.
26. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009 Apr; 116(5):672-80.
27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
28. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 May;182(5):1080-2.
29. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract*. 2001 Feb;50(2):117-22.
30. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A. et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *Br J Psychiatry*. 2018 Jan;212(1):50-6.

Dr Maja MILOSAVLJEVIĆ, spec. psihijatrije, dr sci, klinički asistent, Institut za mentalno zdravlje, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Maja MILOSAVLJEVIC, MD, PhD, psychiatrist, Clinical Teaching Assistant, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: maja.milosavljevic@imh.org.rs