

UDK: 616.89-008.454-055.26
616.98:578.834

UTICAJ COVID-19 VIRUSA NA MENTALNO ZDRAVLJE PORODILJE – PRIKAZ SLUČAJA POSTPARTALNE DEPRESIJE

Jovana Živić¹, Miško Živić², Srđan Mijatović², Milica Simić³, Aleksandar Ivanović⁴

¹Opšta bolnica Leskovac, Služba za psihijatriju, Leskovac, Srbija

²Opšta bolnica "Dr Aleksa Savić", Prokuplje, Srbija

³Univerzitetski klinički centar Niš, Klinika za vaskularnu hirurgiju, Niš, Srbija

⁴Opšta bolnica Leskovac, Služba opšte hirurgije i traumatologije, Leskovac, Srbija

Postpartum je period koji počinje četvrtim porođajnim dobom i po mišljenju brojnih stručnjaka, traje još narednih godinu dana. Ovaj period je vulnerabilan, kako za nastanak incipijentnih psihijatrijskih bolesti, tako i za recidiviranje ranije dijagnostikovanih, sa visokom stopom suicidalnog i infanticidnog rizika. Postpartalna depresija podrazumeva nepsihotičnu depresivnu epizodu koja nastaje tokom prve četiri nedelje do godinu dana nakon porođaja. U radu je prikazana pacijentkinja sa kliničkom slikom postpartalne depresije koja se javlja nakon preležane kovid virusne infekcije. Pacijentkinja lečena u vanhospitarnim uslovima, u specijalističkoj ambulatni Službe za Psihijatriju, OB Leskovac. Od riziko faktora prisutni: niži obrazovni profil, prva trudnoća, teška materijalna situacija, istorija ranije psihijatrijske bolesti, pozitivan porodični hereditet i COVID-19 virusna infekcija. Lečenje je podrazumevalo primenu antidepresivne, anksiolitičke, hipnotičke terapije kao i tehnike površinske i suportivne psihosocioterapije. Uticaj pandemije i COVID-19 virusne infekcije na mentalno zdravlje žena u postpartalnom periodu je signifikantan i predstavlja faktor rizika za inicijaciju ili reaktivaciju različitih psihičkih disfunkcionalnosti. Planiranje porodice i roditeljstva, pripremanje za integraciju novih životnih uloga, kontinuirana edukacija, značaj prevencije, ranog prepoznavanja i adekvatnog lečenja perinatalnih mentalnih poremećaja su ciljevi kojima trebamo težiti i kontinuirano implementirati tokom kovid pandemije.

Ključne reči: postpartum, depresija, COVID-19, slučaj

IMPACT OF THE COVID-19 VIRUS ON THE MENTAL HEALTH OF THE MATERNITY - CASE REPORT OF POSTPARTUM DEPRESSION

Postpartum is a period that begins with the fourth, postpartum trimester, and according to numerous experts, it lasts for another year. This period is vulnerable, both for the onset of incipient psychiatric diseases, as well as the recurrence of previously diagnosed ones, with a high rate of suicidal and infanticide risk. Postpartum depression refers to a non-psychotic depressive episode that occurs during the first four weeks to a year after childbirth. This paperwork presents the case of a patient with a clinical picture of postpartum depression that occurred after a COVID-19 infection. The patient was treated in out-of-hospital conditions, in the specialist outpatient clinic of the Psychiatry Department of the General Hospital in Leskovac. The following risk factors were present: lower educational profile, first pregnancy, difficult financial situation, history of a previous psychiatric illness, positive family history, and COVID-19 infection. The treatment involved the use of antidepressant, anxiolytic, and hypnotic therapy as well as surface and supportive psychosocial therapy techniques. The impact of the pandemic and COVID-19 infection on the mental health of women in the postpartum period is significant and represents a risk factor for the initiation or reactivation of various psychical disorders. Family and parenthood planning, preparing for the integration of new life roles, continuous education, the importance of prevention, early recognition and adequate treatment of perinatal mental disorders are the aims we should strive for and continuously implement during the pandemic of COVID-19.

Key words: postpartum, depression, COVID-19, case

Uvod

Postpartum predstavlja period koji započinje četvrtim porođajnim dobom i traje narednih 4-6 nedelja. U psihološkom smislu, pod postpartalnim periodom treba smatrati prvih šest meseci, pa čak i prvih godinu dana nakon porođaja. To je senzitivn period kako za inicijaciju novih, tako i za reaktivaciju ranije postojećih psihijatrijskih oboljenja. U tom periodu žene imaju 22 puta veći potencijal za pojavu prve psihotične epizode (1, 2). Postpartalni poremećaji se klinički mogu prezentovati perceptivnim promenama, subjektivnim doživljajem neadekvatnosti i nekompetentnosti, opšte disfunkcionalnosti, sa značajnim uticajem na koncept braka, roditeljstvo, partnerski odnos ali i na psiho-somatski razvoj i ponašanje deteta (2).

Klasifikacija

Aktuelno, ne postoji referentna i opšte prihvaćena klasifikacija perinatalnih psihijatrijskih poremećaja. Prema Desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-X) Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi sa puerperijumom (F 53) su podeljeni na:

- blage - postnatalna depresija (F 53.0),
- teške - puerperalna psihoza (F 53.1) i
- druge (F 53.8) i
- nespecificovane (F 53.9) i po kriterijumima počinju unutar 6 nedelja posle porođaja (3).

Mnogi autori ovu diferencijaciju smatraju simplifikiranom. Downey, opisuje: Inicijalnu materinsku ravnodušnost, Sindrom trećeg dana, Postpartalnu depresiju, Postpartalnu psihozu. Po Brokingtonu bila bi primerenija podela na: poremećaje odnosa majka-dete, postpartalnu psihozu, postpartalnu depresiju i raznovrsnu grupu anksioznih i sa stresom povezanih poremećaja. U skorašnjoj, savremenoj literaturi, postpartalni poremećaji se klasifikuju u 5 velikih kategorija:

- postpartalna tuga - "baby blues",
- postpartalna depresija,
- postpartalna psihoza,
- postpartalni posttraumatski stresni poremećaj (PTSP),
- postpartalni anksiozni i opsesivno kompulzivni poremećaji (4).

Epidemiologija

Veliki procenat žena, 50-75%, tokom prve dve nedelje do mesec dana manifestuje neke psihičke tegobe, najčešće u vidu inicijalne materinske ravnodušnosti "initial maternal indifference" ili postpartalne tuge "baby blues". Kod prvotki učestalost inicijalne materinske ravno-

dušnosti se javlja oko 40%, najčešće nakon porođajnog i teškog porođaja, kada trudnica doživi strah za sopstveni život ili nakon carskog reza, kada se ne uspostavi uobičajena emocionalna fuzija (5, 6). Babinjara verbalizuje deficit prijatnih emocija prema svojoj bebi, oseća se rezignirano. Šansa za nastanak postpartalne tuge je 50-85%, takva porodilja je emocionalno labilna, iritabilna, anksiozna, sklona afektivnom pražnjenju kroz učestalo plakanje bez konkretnog povoda, vrlo često ima poremećeno spavanje i apetit. Ovaj poremećaj najčešće spontan prolazi za desetak dana. Na svakih 1000 normalnih poremećaja, 150-300 oboli od poremećaja prilagođavanja, 100-150 od blage do umerene depresivne epizode i anksioznog poremećaja, 30 oboli od teške depresivne epizode, dok samo 2 razviju postpartalnu psihozu. Značajan broj postpartalnih psihičkih poremećaja ostaje neprepoznat a samim tim i bez odgovarajućeg tretmana, tako da je statistika ovih poremećaja diskutabilna (6).

Etiologija, faktori rizika

Etiologija peripartalnih mentalnih poremećaja je multifaktorska, faktore rizika koji ih mogu inicirati možemo podeliti na psihološke faktore, biološke i socijalne stresore, dok ih prema periodu delovanja na graviditet delimo na antenatalne, perinatalne i postnatalne faktore. Jedan od ključnih doprinosećih faktora peripartalnih mentalnih poremećaja su hormonalne promene koje utiču na nervni sistem (7). Psihosocijalni stresori, sociodemografske i kulturološke specifičnosti - tradicionalni stavovi pojedinih kultura, imaju ulogu u nastanku ovih poremećaja, posebno kod vulnerabilnih žena (1, 7).

Klinička slika

Postpartalna depresija – podrazumeva nepsihotičnu depresivnu epizodu koja se javlja tokom prve četiri nedelje do godinu dana nakon porođaja, pri čemu poremećaj može početi i tokom trudnoće, traje duže od dve nedelje sa prevalencom od 10-20% (8). Klinički se manifestuje depresivnom hipertimijom, doživljajem prožimajuće tuge, čestim afektivnim pražnjenjima kroz plakanje, slabom koncentracijom i sposobnosti fokusiranja pažnje, osećajem bezvrednosti, niskog samopouzdanja i neadekvatnosti, iritabilnošću, pasivizacijom, gubitakom inicijative i motivacije da se brine o sebi i/ili bebi, bezvoljnošću i nedostatkom inicijative za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti. Često se javljaju poremećaj spavanja i apetita, deficit energetskih kapaciteta i umor, može se javiti u vidu psihomotorne agitacije ili retardacije, sa somatskim korelatima anksioznosti (palpitacije, gušenje, bolovi u grudima, glavobolja, hiperventilacija) i strahovima na

primer u vidu opsesivnih ideja o povređivanju bebe, u najtežim slučajevima se javljaju repetitivne ideacije o suicide ili infanticidu (8, 9). Tok poremećaja može biti različit, može doći do potpune remisije unutar prvih nekoliko meseci nakon porođaja, dok kod drugih može postati hronifikovan. Mali broj žena potraži profesionalnu pomoć, svega 20-25%, tako da značajan broj ostane bez dijagnoze i adekvatne terapije, što predstavlja faktor rizika kako za majku tako i za bebu u kontekstu povećanja morbiditeta i mortaliteta (12, 19). Postporođajna depresija se može javiti de novo ili reaktivirati kod pacijentkinja koje već u anamnezi imaju hroničnu depresiju ili distimiju.

Postpartalna depresija povećava rizik za nastanak psihijatriskog morbiditeta tokom daljeg života (10, 11).

Dijagnoza

Dijagnozu perinatalnih mentalnih poremećaja postavljamo koristeći zvanične vodiče MKB-10 i DSMV, pojedine zemlje su počele sa implementacijom MKB-11 klasifikacije (20). Edinburška skala za procenu postpartalne depresije (EPDS) je pouzdan i vredan skrining instrument samo-procene, tokom trudnoće i postpartalno, a sastoji se od 10 ajtema. (Tabela 1.)

Tabela 1. Edinburška skala za postporođajnu depresiju (EPDS)

Edinburška skala za postporođajnu depresiju (EPDS)	
Šifra:	Ime i prezime (opciono)
Datum Vašeg rođenja	Adresa (opciono)
Datum rođenja deteta/mesec trudnoće	Telefon (opciono)
Ako ste trudnica ili ste se nedavno porodili, voleli bismo znati kako se osećate. Odaberite odgovore koji su najbliži onome kako ste se osećali U POSLEDNJIH 7 DANA, ne kako se osećate trenutno.	
Primer- Osećala sam se radosno i srećno: a. Da, sve vreme b. <u>Da, većinu vremena</u> c. Ne, ne često d. Ne, uopšte ne Ovo bi značilo: "Osećala sam se srećno većinu vremena" tokom prošle sedmice.	
Molimo Vas da na isti način popunite ostatak upitnika.	
U poslednjih sedam dana:	
1. Smejala sam se i mogla sam uvideti smešnu stranu dešavanja a. Kao i uvek, uobičajeno b. Ne baš kao uvek c. Definitivno ne kao uvek d. Uopšte ne	2. Radovala sam se nečemu a. Kao i uvek, uobičajeno b. Manje nego obično c. Definitivno manje nego obično d. Gotovo nikako
3. Nepotrebno sam optuživala sebe kada nešto nije bilo u redu a. Da, većinu vremena b. Da, ponekad c. Ne često d. Ne, nikad	4. Bila sam anksiozna ili zabrinuta bez posebnog razloga a. Ne b. Gotovo nikako c. Da, ponekad d. Da, često
5. Bila sam uplašena ili uspaničena bez posebnog razloga a. Da, veoma često b. Da, ponekad c. Ne često d. Ne, nikad	6. Sve što mi se dešava je preplavljujuće i opterećujuće a. Da, većinu vremena se ne mogu nositi s bilo čim b. Da, ponekad se ne mogu nositi s problemima kao obično c. Ne, većinu vremena prilično dobro izlazim na kraj s problemima d. Ne, dobro se nosim s problemima kao i obično
7. Bila sam toliko nesrećna da sam imala probleme sa spavanjem a. Da, većinu vremena b. Da, ponekad c. Ne često d. Uopšte ne	8. Osećala sam se tužno i jadno a. Da, većinu vremena b. Da, ponekad c. Ne često d. Uopšte ne

EPDS je lak za upotrebu i efikasan screening alat, ukazuje na psihičko stanje majke tokom prethodnih nedelju dana. Ostavareni skor preko 13 bodova ukazuje na depresivnu psihopatologiju i uvek trebamo rezultate testa komparirati sa kliničkom procenom kada postavljamo definitivnu dijagnozu. EPDS ne detektuje poremećaje iz anksioznog spektra i poremećaje ličnosti, dok povećava detekciju PPD sa 6,3% na 35,4% (18, 7, 21). Skorovanje upitnika se vrši bodovanjem odgovora sa 0, 1, 2 i 3 u skladu povećanja težine tegoba u ponuđenim kategorijama, pitanja 3, 5, 6, 7, 8, 9 i 10 se skoruju obrnutim redom 3, 2, 1, 0. Ukupan skor veći od 9 poena ukazuje na potencijalno moguću depresiju, veći od 12 kao verovatnu depresiju. Senzitivnost skale se kreće između 0,44-0,9. U slučajevima agitirane depresije često imamo lažno negativne rezultate testa. Obavljanje rutinskog skrininga, za postporođajnu depresiju je izuzetno značajno jer nam omogućuje blagovremenu detekciju pacijentkinja sa ovim poremećajem, postavljanje dijagnoze i započinjanje tretmana. Diferencijalno dijagnostički uvek trebamo isključiti organsku etiologiju - postpartalni tireoiditis, ekspanzivne intrakranijalne procese, Šihanov sindrom, anemiju, hormonski disbalans, upotrebu bromokriptina i metronidazola ali i ostalih medikamenata koji mogu inicirati psihotični poremećaj (18, 22).

Svi zdravstveni radnici koji imaju kontakt sa porođiljom, mogu da obavljaju skrining i jedan od najjednostavnijih i najdostupnijih predstavljaju Whooley pitanja koji se sastoji od dva pitanja:

1) Tokom proteklog meseca, da li ste se često osećali neraspoloženo, depresivno ili beznačajno?

2) Tokom proteklog meseca, da li ste često bili nezainteresovani ili bez osećanja zadovoljstva za stvari koje ste radili? (7)

Terapija

Terapijski modalitete determinišu vrsta remećaja i težina kliničke slike, konkretno psihofarmakoterapijski pristup je uglavnom isti kao i za mentalne disfunkcionalnosti van perinatalnog perioda (13).

Psihoterapija - Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT) se pokazala efikasnom, zasnovana je na remoduliranju pogrešnih stavova i izmeni disfunkcionalnog ponašanja. Porođična i interpersonalna psihoterapija su korisne kod depresivnih tegoba, koncipirana je na definisanju zajedničkih ciljeva, pronalaženju kompromisnih rešenja i tendenciji ka konstrukciji skladnijih partnerkih odnosa (14, 16).

Hormonalna terapija - još uvek ne predstavlja standardnu preporuku za lečenje postpartalnih mentalnih poremećaja, iako su studije

potvrdile efikasnost intradermalne aplikacije estrogena i progesterone u odnosu na placebo.

Antidepresivi - uvek trebamo primeniti medikaciju antidepresivima kada su depresivne tegobe izražene i u velikom stepenu kompromituju funkcionalnost i kvalitet života trudnice/majke uprkos potencijalnoj teratogenosti svih psihotropnih lekova uz obaveznu hospitalizaciju u slučaju postojanja ideja o samopovređivanju i povređivanju deteta.

Antipsihotici - bilo bi poželjno izbegavati ih u prvom trimestru graviditeta, ukoliko to psihičko stanje dopušta. Neophodni su za kontrolu psihotičnog poremećaja, psihomotorne stabilizacije i korekcije u ponašanju. Koristiti najmanju ali efikasnu dozu antipsihotika, izbegavati depo forme zbog produžene ekspozicije neželjenim efektima (15, 17).

Psihostabilizatori - imaju veliki teratogeni potencijal, koristiti ih ukoliko su neophodni za stabilizaciju psihičkog stanja i funkcionisanja uz redovne skrininge njihovih koncentracija u plazmi i kontrolama standardnih laboratorijskih analiza krvi (obavezno KKS sa Le formulom) (13).

Elektrokonvulzivna terapija - ova metoda se pokazala korisnom kod stuporozne, inhibirane depresije, rezistentne depresivnosti i visokog suicidalnog rizika (22).

Prikaz slučaja

Pacijentkinja starosti 27 godina, živi u selu, u porodičnoj kući sa suprugom i bebom starom tri meseca, udata, završila osam razreda osnovne škole, po zanimanju domaćica, nezaposlena, teškog materijalnog stanja i egzistencije, partnerski odnos opisuje kao skladan. Prva trudnoća, porođaj se završio prirodnim putem u 42 nedelji. Mesec dana nakon porođaja, inficira se COVID-19 virusom, razvija srednje tešku kliničku sliku, lečila se u vanbolničkim uslovima, uzimala antibiotsku, simptomatsku i polivitaminsku terapiju. Ubrzo nakon toga javljaju se psihičke tegobe u vidu poremećaja spavanja po tipu inicijalne insomnie, osećaja malaksalosti, stalnog umora, nedostatka volje i motivacije u obavljanju svakodnevnih aktivnosti prema bebi, kućne obaveze završava sa naporom. Zabrinuta za svoje zdravlje, oseća strah, napetost i nelagodu, danima neraspoložena, sklona bezrazložnom plakanju. Javlja se psihijatru u specijalističku ambulantu Službe za psihijatriju, OB Leskovac, dolazi u pratnji supruge. U razgovoru sa pacijentkinjom dobijaju se podaci da se ista pre pet godina psihijatrijski lečila ambulantno od depresivne epizode, od terapije uzimala escitalopram i alprazolam, lečenje trajalo oko dve godine i do sada je bila u stanju kliničke remisije, bez tegoba. Ne potvrđuje perceptivne obmane, niti ostavlja utisak halucinanta, aktuelno depresivno prebojeni misaoni sadržaji koji nema-

ju sumanuti kvalitet, negira suicidalne i infanticidne tendencije. Ne boluje od hroničnih somatskih bolesti, nije alergična na lekove, kao dete operisala slepo crevo. Potvrđuje pozitivan psihijatrijski hereditet, majka se leći od rekurentnog depresivnog poremećaja. Dijagnostički sagledana kao postpartalna depresija i postkovid sindrom. Laktaciju je prekinula u konsultaciji sa ginekologom.

U terapiju uključen SNRI (selektivni inhibitor ponovnog preuzimanja serotonina i noradrenalina) antidepresiv, duloksetin u dozi od 30 mg, nakon sedam dana doza povećana na 60 mg, male doze benzodijazepinskog anksiolitika bromazepama i hipnotik zolpidem po potrebi kod nesаницe. Na EPDS ostvarila skor od 19 poena koji je u opsegu depresivnosti. Prva kontrola zakazana za dve nedelje, sa predlogom da uradi standardnu laboratorijsku obradu krvi i urina, hormonski i tireoidni status, nalaz folata u krvi, MSCT endokranijuma, EEG, FOU i ginekološki pregled. Urađena dijagnostička ispitivanja su bila bez osobenosti, osim anemijskog sindroma zbog čega je uključena supstitucina terapija.

Na prvoj kontroli dolazi do normalizacije vitalnih nagona - spavanja i apetita, redukovanja anksioznosti i doživljaja energizacije. Preko sociologa ostvarena medijacija sa Centrom za socijalni rad i nadležnom patronažnom sestrom radi pružanja materijalne i stručne pomoći. Nakon dva meseca kontinuiranog specijalističkog praćenja postignuta kompletna klinička remisija. U terapiji ima 90 mg duloksetina, bdz anksiolitik po potrebi, EPDS skor 7 poena. Istu terapijsku dozu duloksetina je uzimala narednih 13 meseci, uz redovni monitoring, stabilnog psihičkog statusa, zatim je usledilo postepeno smanjivanje leka, aktuelno je na dozi od 30 mg, sa tendencijom potpune obustave leka.

Diskusija

Pandemija izazvana COVID-19 virusom, predstavlja krizni događaj koji ima veliki uticaj na bio-psiho-socijalno stanje populacije (25).

Republika Srbija je 15. Marta 2020.godine proglasila vanredno stanje zbog pandemije i uvela multiple epidemiološke, restriktivne mere koje su značajno kompromitovale naš uobačajeni životni stil i funkcionalnost (26). U jednom periodu

na snazi je bila mera zabrane kretanja, sa ciljem sprečavanja daljeg širenja virusa i očuvanja zdravlja. Kod značajnog broja ljudi dolazi do ispoljavanja znakova psihičke i telesne napetosti, vegetativne nestabilnosti, doživljaja bespomoćnosti, napuštenosti, straha, tuge kao i drugih emocionalnih reakcija sa bihevioralnim promenama (25).

Posebno vulnerabilnu populaciju čine žene u peri i postpartalnom periodu koje prolaze kroz niz fizičkih i emocionalnih promena, zbog čega su one senzitivnije na stres (24). Sprovedeno sistematično istraživanje i metaanaliza, Centra za zdravstvene nauke, Šenžen, Kina, na osnovu baze podataka iz MEDLINE, EMBASE i Cochran library, koje je obuhvatilo osam studija sa 6480 žena posle porođaja u razvijenim zemljama, potvrdilo je signifikantan uticaj pandemije COVID-19 virusa na mentalno zdravlje. Prevalenca post-partalne depresije za vreme kovid pandemije je bila značajno veća 34% u odnosu na period pre pandemije, kada se kretala od 10-16% (23).

Identifikovano je da su socijalna izolacija i ograničen pristup rutinskoj postporođajnoj nezi imali veliki uticaj na psihičko blagostanje žene. Potrebno je još studija da bismo razumeli na koje sve načine i kako pandemija utiče na mentalno zdravlje trudnica i porodilja, posebno nedostaju podaci iz zemalja u razvoju (23, 27).

Zaključak

Uticaj pandemije i COVID-19 virusne infekcije na mentalno zdravlje žena u postpartalnom periodu je signifikantan i predstavlja faktor rizika za inicijaciju ili reaktivaciju različitih psihičkih disfunkcionalnosti. Podizanje društvene svesti o postojanju perinatalnih mentalnih poremećaja, značaja prevencije, ranog prepoznavanja i adekvatnog lečenja sprečava nastanak dalekosežnih posledica, kako za pojedinca i njegovu porodicu, tako i za celokupnu društvenu zajednicu. Planiranje porodice i roditeljstva, pripremanje za integraciju novih životnih uloga, kontinuirana edukacija, destigmatizacija, bolja korespodencija ustanova u okviru sistema zdravstvene zaštite sa tendencijom podizanja kvaliteta rada, su ciljevi kojima trebamo težiti i implementirati tokom kovid pandemije.

Literatura

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders: A national clinical guideline. Edinburg: SIGN; 2012. Dostupno na: www.sign.ac.uk
2. Tovino SA, Scientific Understandings of Postpartum Illness: Improving Health Law and Policy? *Harvard Journal of Law & Gender* 2010; 33:99-174.
3. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", MKB-10, Deseta revizija, 334.
4. Rai S, Psthak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015;57(2): 216-21.
5. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-73.
6. Degner D. Differentiating between "baby blues," severe depression, and psychosis. *BMJ*. 2017; 359:4692.
7. 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.
8. Ali Burham Mustafa. A historical perspective of perspective of postpartum depression: Suffering in Silence. *JSZMC* 2016;7(2):936.
9. Sparks R. Sadness and Support: A Short History of Postpartum Depression. Mary Becker Rysavy Essay Contest- UI Carver College of Medicine 2013.
10. Sparks R. Sadness and Support: A Short History of Postpartum Depression. Mary Becker Rysavy Essay Contest- UI Carver College of Medicine 2013.
11. Reck C, Struben K, Backenstrass M, et al. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(6):459-68.
12. Farr SL, Dietz PM, O'Hara MW, Burley K, Ko JY. Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23(2):120-8.
13. Pirec V. Current dilemmas in treating the depressed pregnant patients. *Engrami* 2011; 33(2):51-62.
14. Uguz F, Sharma V. Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord* 2016;18:325-33.
15. Bergink V, Burgerhout K, Koorengel K, et al. Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period. *American Journal of Psychiatry* 2015;172 (2):115-23.
16. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartal symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015;175:34-52.
17. Langdon. Statistics on Postpartum Depression - Postpartum Depression Resources [Internet]. [cited 2020 Nov 21]. Available from: <https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/>
18. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A. et al. Accuracy of the Whooley questions an the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *Br J Psychiatry*. 2018 Jan;212(1):50-6.
19. 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):450-7.
20. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
21. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J. Affect. Disord*. 2015;175:34-52.
22. Stewart D.E., Vigod S. Postpartum depression. *N. Engl. J. Med*. 2016;375:2177-86.
23. Qianqian C., Wenjie L., Juan X., Xujuan Z. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the Covid-19 pandemic: A literature review and meta-analysis. *Public Health*. 2022 Feb;19(4):2219.
24. Brooks SK, Weston D, Greenberg N. Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: Rapid evidence Health. 2020; 189:26-36.
25. Jovana Ž., Darko L., Goran C., Miško Ž, Aleksandar I., Vodič samopomoći u očuvanju mentalnog zdravlja za vreme krizne situacije. *APOLLINEM MEDICUM ET AESSCULAPIUM* 2022;20(1):39-43.
26. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Covid-19 protokol. 2020. www.covid19.rs
27. Fallon V., Davies S.M., Silverio S.A., Jackson L., Pascalis L.D., Harrold J.A. Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *J. Psychiatr. Res*. 2021; 136:157-66.