

LA DEPRESSION DU POST PARTUM

J. MASMOUDI, S. TRABELSI, F. CHARFEDDINE, A. JAOUA

Service de Psychiatrie « A », CHU Hédi Chaker, Sfax

Résumé

La conception et l'accouchement constituent deux expériences psychiques et humaines fondamentales, toujours riches d'espoir, de fantasmes, souvent d'angoisse. Elles peuvent aussi être une source de détresses et de souffrances et constituer des moments propices de décompensations psychiatriques, parfois dramatiques.

L'étiologie de la dépression du post partum est multifactorielle, dépendante de facteurs psycho-dynamiques, biologiques, et socio-culturels. L'un ou l'ensemble des perturbations de ces facteurs peut précipiter, aggraver ou entretenir une dépression chez la parturiente.

Les dépressions postnatales occupent aujourd'hui le premier rang des complications du post partum (10 à 20%). La dépression elle-même risque d'avoir des conséquences néfastes sur le nouveau né, sur la mère, sur la relation conjugale et l'équilibre familial.

De ce fait son dépistage, sa prévention et son traitement s'imposent. Ceci ne peut être fait que par l'action conjointe des psychiatres, des gynécologues et de toute personne prenant en charge les femmes enceintes et en post partum, plus particulièrement celles à risque.

Mots clés : dépression, post partum, prévention, risque

Summary

The pregnancy and the childbirth constitute two fundamental psychic and human experiences, always rich of hope, phantasms, often of anguish. They can also be a source of distress and suffering. They can constitute a favourable moment for psychiatric decompensations, sometimes dramatic.

The aetiology of the post partum depression is unknown. Many hypotheses depending on psycho-dynamic, biological, and socio-cultural factors contribute to explain his appearance. One or the whole of the disturbances as of these factors can precipitate, worsen or maintain a depression at the parturient.

The postnatal depressions occupy today the first rank of the complications of the post partum (10 to 20%). The depression itself is likely to have harmful consequences on the newborn, the mother, the marital relation and family balance.

So, its tracking, its prevention and its treatment are essential. This can be done only by the joint action of the psychiatrists, of the gynaecologists and of any person taking in charge pregnant women and those in post partum, more particularly, those at the risk.

Key words : depression, post partum, prevention, risk

I- INTRODUCTION

La grossesse et le post partum constituent des moments particulièrement chargés d'émotions, de modifications biologiques, psychologiques, cognitives et socio-familiales.

La période du post partum a été particulièrement un centre d'intérêt de plusieurs auteurs, dont la majorité a conclu que la maternité et le post partum constituent une période de vulnérabilité particulière aux décompensations, voire à l'éclosion de pathologies psychiatriques.

La dépression du post partum (DPP) est décrite comme le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie de 10

à 20 %, avec une prévalence moyenne de 13% (1-4). La DPP a été clairement identifiée par Pitt en 1968 (5).

La survenue d'une dépression en post partum risque d'avoir des conséquences graves, non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère-bébé (6) et par conséquent sur le développement psychoaffectif de l'enfant (7-8).

Concernant la mère, la DPP est présentée comme un facteur prédictif précoce de développement du désordre de l'humeur (9, 10), dans le sens d'une pathologie chronique récurrente.

Cependant, ces dépressions du post partum demeurent insuffisamment prévenues,

diagnostiquées et traitées (11, 12). Elles sont en fait difficiles à diagnostiquer devant la variabilité de la représentation clinique, la fréquence de la somatisation et le caractère secret du trouble (13).

II. ASPECT HISTORIQUE

La maternité et le post partum ont été toujours considérés comme des moments de vulnérabilité particulière aux décompensations psychiatriques ; Hippocrate le signalait déjà dans son 3ème livre des épidémies rapportant des cas de troubles mentaux survenant après les accouchements (14).

Au 19ème siècle, le psychiatre français Esquirol a décrit, dans son livre "De la manie" publié en 1818, des états d'agitation maniaque dont le modèle est l'état d'agitation physique et psychique maniaque post-puerpéral.

En 1839, Esquirol constatait aussi que « beaucoup de femmes ont des maladies mentales sévères secondaires à une naissance et ne reçoivent aucun soin psychiatrique...Elles ne reçoivent aucun soin psychiatrique parce qu'elles ne sont pas dépistées au moment de la naissance, peut-être n'ont-elles pas une pathologie assez bruyante » (14)

En 1858, le même auteur fait faire à Marcé sa thèse "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices" qui systématise pour la première fois toute la psychiatrie péri-obstétricale (15). Il avait remarqué qu'il existait des troubles psychiatriques d'intensité modérée survenant à la suite des accouchements et qui échappaient à l'épidémiologie hospitalière de l'époque. Il a émis en parallèle des hypothèses fonctionnelles et organiques à l'origine de ces troubles.

Néanmoins, pendant les cent ans qui suivaient, il y a eu peu de publications sur la psychiatrie périnatale et ne concernant que les psychoses aiguës sévères.

De plus, pendant toute cette période, jusqu'à la deuxième guerre mondiale, les symptômes psychiatriques sont souvent difficilement distincts des troubles psychiques liés à l'hyperthermie des fièvres puerpérales, ou fièvres de lait (14).

De leur côté, les accoucheurs signalaient, dès le début du 20ème siècle, l'existence d'une "dysphorie" du troisième jour, considérée comme une pathologie mineure, un trouble de l'humeur transitoire qui affecterait beaucoup de femmes accouchées, normales par ailleurs.

Dans les années 1960-70, dans les maternités modernes, se mettaient en place des collaborations entre obstétriciens et psychiatres ou psychologues

sur le terrain. Ces collaborations ont conduit à des constatations cliniques nouvelles et à des travaux de recherche originaux.

En 1962, Abely et Bouquet furent les premiers à proposer une classification des troubles gravidiques et puerpéraux, en particulier en excluant les étiologies somatiques.

En 1968, Pitt (5) a décrit une dépression post-natale atypique, mineure dans son expression mais touchant 10,8% des accouchées sur un échantillon de 305 femmes.

A peu près à la même époque, Yalom et al (16), de l'autre côté de l'Atlantique, aux Etats-Unis, ont décrit un tableau clinique voisin qu'ils qualifiaient de « post-partum blues ». A partir de cette époque s'installe une certaine confusion conceptuelle entre la notion de "blues" et celle de "dépression postnatale". Les deux publications sorties à la même date définissaient probablement une pathologie voisine avec des terminologies différentes.

Dans les années 1975-78, Bydlowski et Papiernik (17) décrivaient la névrose traumatique post-obstétricale qui s'installe après un accouchement traumatique, terminé ou non par la mort ou l'invalidation du nouveau-né. Il s'agit d'une pathologie très particulière faite de dépression, de ruminations et de cauchemars répétant la scène de l'accouchement ou de la mort de l'enfant. Cette symptomatologie survient lorsqu'une nouvelle grossesse se déclare et que la femme, à cette occasion, remémore de façon particulièrement active les événements de la grossesse précédente, fâcheusement achevée.

De toute façon, la dépression post-natale n'est pas un sujet neuf : beaucoup d'oeuvres d'art anciennes montraient des maternités tristes, des Vierge Marie venant d'accoucher et dont le visage et l'attitude corporelle témoignent d'une grande affliction (14).

III. ETIOPATHOGENIE DE LA DEPRESSION DU POST PARTUM

Bien que la pathogénie de la dépression est encore mal élucidée (et donc la DPP), les auteurs s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de cause unique. Des facteurs physiques, hormonaux, sociaux, psychologiques et affectifs peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie. C'est ce qu'on nomme « le modèle biopsychosocial de la dépression », qui est accepté par la plupart des chercheurs et cliniciens. Le ou les facteurs qui déclenchent la DPP varient selon les personnes.

D'un autre angle, la survenue d'une dépression en post partum fait envisager :

- ❖ La décompensation d'une pathologie antérieure (psychose maniaco-dépressive, névrose...)
- ❖ La survenue d'une pathologie directement en lien avec la puerpéralité.

a. Quelques explications psychologiques

- ❖ **Le concept de la psychologie normale de la grossesse et du Post Partum :**

Le Processus "normal" que l'on peut simplifier en disant que durant la grossesse, il existe :

- Un état qui est la grossesse,
- Plusieurs représentations concernant l'enfant,
- Une fantasmagie, qui renvoie à des conflits inconscients trouvant leur origine dans le passé de la femme,
- Une imaginaire qui est l'image que se fait la mère de l'enfant à venir,
- Une réalité à laquelle la mère va être confrontée.

Lors et à la suite de l'accouchement, la mère est obligée de faire un travail de « Deuil » ; deuil de son état de grossesse (passage d'un état de plénitude à un vide) et de l'enfant imaginaire (qui ne correspond pas vraiment au réel). Mais aussi, elle est souvent face à une angoisse de mort inhérente à l'accouchement.

Cet état psychologique a été décrit par Winnicott (18) sous le concept de *préoccupation maternelle primaire* consistant en une identification régressive qui se développe progressivement durant la grossesse (et surtout vers sa fin), permettant à la mère d'atteindre un degré de sensibilité pour pouvoir comprendre son bébé et interpréter ses besoins.

Racamier (19), sous le terme de *maternalité*, a mis en avant les particularités de l'état psychique observé durant la grossesse, les comparant au psychisme des adolescentes, période de remaniements psychiques importants.

- ❖ **Les Troubles Psychiques :** ont été raccordés à la confrontation des différentes représentations imaginaires et fantasmagiques de l'enfant à celui réel. Si cette confrontation est insupportable (enfant identifié à un frère décédé devenant de ce fait un enfant incestueux, répétition d'une histoire personnelle ou familiale,...), il va résulter une agressivité de la mère vis à vis de son nouveau né. Cette situation est bien entendu impossible à gérer par la mère et va se transformer selon différents

schémas en symptômes :

- Un retour de l'agressivité sur elle même risque d'engendrer une forte culpabilité responsable d'un Syndrome Dépressif,
- Une projection à l'extérieur de cette agressivité va se transformer en éléments de persécution vers quelqu'un ou vers elle même sous forme d'une hypochondrie,
- Dans les cas extrêmes, la mère peut se trouver obligée à sortir du réel et rentrer dans un autre monde sous forme d'un délire.

b. Quelques explications biologiques

Différentes hypothèses explicatives biologiques ont été explorées dans la mesure où il n'avait pas été mis en évidence de facteur socio-psychologique spécifique et qu'il existait une note confusionnelle dans l'aspect clinique de la DPP.

Des études neuroendocriniennes concernant les hormones thyroïdiennes, sexuelles (chute brutale de l'oestradiol et de la progestérone, levée de l'inhibition de la prolactine, et ayant une interrelation avec la dopamine), le cortisol, l'AMP cyclique, les endorphines, le tryptophane et plus récemment la sérotonine n'ont pas encore apporté la preuve d'une étiopathogénie spécifique à cette pathologie.

IV. CLASSIFICATIONS

La dépression postnatale est le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement.

Les deux principaux systèmes de classification des troubles mentaux (DSM IV et CIM 10) classent la DPP selon la présence, le nombre, la sévérité et la durée d'un groupe de symptômes.

Le DSM IV (20) spécifie que la DPP apparaît dans les quatre semaines qui suivent l'accouchement.

La CIM 10 (21) attribue au trouble dépressif, un début en post partum, quand il se déclare dans les six semaines suivant l'accouchement.

Néanmoins, un consensus s'est traduit à travers la plupart des publications relatives à la DPP, considérant les douze premiers mois du post-partum, comme la période dans laquelle la dépression postnatale peut très probablement survenir (22).

V. CLINIQUE

a. Le syndrome du 3ème jour ou "post-partum blues"

Le syndrome du troisième jour est la forme la plus légère de la dépression post-partum. Ce syndrome fréquent "post-partum blues", touche environ 50 à 80% des accouchées. Il survient surtout autour du 3ème jour, mais peut apparaître jusqu'au 6ème jour. Episode banal et habituel, il n'est pas pathologique au sens strict.

1. Signes cliniques

Le syndrome du 3ème jour associe le plus souvent des manifestations mineures présentées par : (23)

- Une asthénie,
- Une irritabilité,
- Une labilité émotionnelle et particulièrement des crises de larmes, faciles,
- Une anxiété relative aux soins à apporter au bébé,
- Des ruminations pessimistes vis-à-vis du nouveau né,
- Une crainte ou un sentiment d'incapacité de ne pas pouvoir bien s'en occuper,
- Des plaintes somatiques diverses,
- Des troubles du sommeil...

2. Evolution

Cet état disparaît en quelques heures ou quelques jours, d'autant plus rapidement que l'attitude de l'entourage sera maternelle envers la jeune mère. Dans 10% des cas, il persiste plus d'une semaine et peut être le point de départ d'une évolution dépressive du post partum ou annoncer une psychose puerpérale.

b. La dépression du post partum :

La dépression post-partum est plus débilante que le syndrome du troisième jour. On estime qu'il se manifeste dans 10 à 20 % des accouchements (1,2). La DPP est parfois difficile à diagnostiquer compte tenu de la variabilité des symptômes et de la présentation clinique. Ceci est d'autant plus vrai que les femmes ignorent la nature dépressive de leurs symptômes, ou quand les symptômes somatiques prédominent (13).

Certaines ne mentionnent pas leurs difficultés psychologiques et demeurent centrées au niveau de leurs demandes et questionnements sur la santé et le développement du nouveau né (24, 25).

Les dépressions du post partum peuvent être minimes ou sévères :

1. Les DPP d'intensité minime à modérée

Elles sont fréquentes et dominées par des

manifestations d'allure névrotique à type de :

- Fatigue, asthénie, épuisement,
- Insomnie d'endormissement, perte de la libido,
- Sentiment culpabilisant d'incapacité à répondre totalement aux besoins de l'enfant,
- Irritabilité et agressivité s'adressant à l'époux qui serait insuffisamment présent et aux enfants bruyants et trop exigeants, qui gêneraient les soins légitimes au nouveau-né.

A ces troubles dépressifs souvent traînants, qui perturbent la relation mère-enfant, s'opposent les dépressions sévères qui mettent en jeu la vie de la mère et de l'enfant.

2. Les DPP d'intensité sévère

Elles sont moins fréquentes, mais plus graves, pouvant mettre en jeu la vie de la mère et de l'enfant et altérer d'une manière profonde la relation mère-enfant.

Ces dépressions associent à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression, des sentiments d'incapacité, une culpabilité, des auto-accusations en relation avec de mauvais soins apportés à l'enfant, une anxiété souvent importante et des idées suicidaires. S'en suit un appauvrissement des contacts dans les soins, une diminution des moments d'échange entre la mère et son bébé et une disparition des moments ludiques.

VI. OUTILS DE MESURES

On a déjà évoqué les difficultés à faire le diagnostic d'une dépression dans le post partum.

En réalité, le diagnostic de la dépression postnatale devrait être fait à temps pour éviter des complications éventuelles. Il a été mis à la portée des professionnels (médecins, sages-femmes, travailleurs médicosociaux) plusieurs échelles d'évaluation permettant de porter un diagnostic positif de la DPP.

L'échelle la plus utilisée pour dépister la DPP est l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) développée par Cox en 1987 (26, 27). Elle a été développée pour pallier à la "défaillance" des échelles usuelles de dépression peu adaptées à la période postnatale (28).

Il s'agit d'un auto questionnaire à 10 items.

Chaque item est coté selon un ordre croissant de sévérité de 0 à 3, donnant ainsi à l'EPDS des extrêmes de score de 0 à 30.

Utilisé depuis 1987, l'EPDS se révélait un indicateur spécifique et précis pour le dépistage de la dépression gravidique et du post partum (27, 29).

VII. LES FACTEURS DE RISQUES (30)

Plusieurs facteurs de risque ont été notés permettant de craindre la survenue de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.

En début de grossesse :

- Les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux,
 - Les antécédents médicaux à risque pour le fœtus ou la grossesse (maladie héréditaire, Diabète, HTA, ...),
 - Les antécédents obstétricaux pathologiques : mort in utéro, malformations fœtales, interruption de la grossesse, hospitalisations prolongées des nouveaux nés...,
 - Les antécédents de troubles psychiatriques au cours de la grossesse ou du post-partum,
 - Les situations de mères isolées, ou de conflits conjugaux,
 - La grossesse non désirée ou non suivie,
 - La personnalité immature.
- Au cours de la grossesse :
- La découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation,
 - Les grossesses pathologiques,
 - L'éloignement familial tel qu'une hospitalisation prolongée...
- Après la naissance :
- Les difficultés d'accouchement et la morbidité maternelle sévère,
 - Les morbidités néonatales,
 - La séparation mère-enfant (Enfant transféré, ...).

VIII. EVOLUTION- COMPLICATION

L'urgence de dépistage de la DPP tient au fait qu'elle retentit non seulement sur la mère mais également sur le nouveau-né, le partenaire, les autres membres de la famille, l'entourage et la communauté:

a. Le risque de récurrence lors des grossesses ultérieures et d'une évolution chronique est important (30), avec une augmentation du risque de récurrence lors des grossesses ultérieures de 50 à 60% (31).

b. Le risque suicidaire lors de la 1^{ère} année du post-partum est six fois plus important chez les femmes présentant une DPP, par rapport à celles de même âge n'ayant pas accouché (32).

c. L'altération de la vie conjugale est importante: la DPP est associée à des difficultés conjugales significatives, pouvant mener à la séparation ou au divorce (33), avec un risque accru de dépression

chez le partenaire (34, 35).

d. Le retentissement de la DPP sur le développement affectif, cognitif et comportemental de l'enfant est important (36- 39). La répercussion de la DPP sur l'enfant, et à l'impact indirect par l'intermédiaire des troubles de la communication et des interactions parents enfant ou à travers l'effet des facteurs constitutionnels et/ou environnementaux.

e. Les effets de la dépression maternelle peuvent intéresser les autres enfants, surtout si la dépression a été insuffisamment traitée ou est devenue chronique (39). La dépression affaiblit et risque de perturber la relation avec les autres enfants.

IX. ASPECT THERAPEUTIQUE

La prévention primaire de la dépression postnatale consisterait à dépister les mères à risque dès la grossesse et à développer à leur égard une stratégie appropriée.

Certains ont permis d'identifier quatre groupes de variables dont la valeur prédictive de dépression post natale serait de 64% (40):

a. La lenteur physiologique du processus d'enfantement mesurée par le temps mis à concevoir et par le gain pondéral moindre depuis la conception.

b. L'ambivalence à l'égard de l'enfant désiré indiquée par la difficulté à croire au diagnostic de grossesse.

c. L'hyperréactivité somatique à la grossesse dénotée par la plus grande durée des nausées et des vomissements et par la demande anticipée d'analgésiques pour l'accouchement.

d. Un contexte psychosociologique moins favorable à l'accueil de l'enfant: milieu socio-économique défavorisé, réseau de soutien insuffisant, haute fréquence d'événements stressants avant la grossesse, climat psychologique dépressif, anxiété élevée à l'approche de l'accouchement.

La stratégie préconisée à l'égard des mères à risque comporte les points suivants :

- Leur offrir une éducation anténatale et un soutien psychologique pour les préparer de manière pratique aux tâches qu'elles vont devoir assumer après la naissance,
- Susciter autour d'elles un soutien familial et social suffisant,
- Informer le compagnon de l'existence de facteurs de risque et lui proposer une aide psychologique,
- Conseiller d'éviter l'accumulation d'événements

stressants comme changement de travail, déménagement...

> Organiser un "débriefing" de l'accouchement dans les suites de couches immédiates par l'obstétricien et/ou l'accoucheuse qui y ont assisté car le vécu traumatisant de la naissance peut constituer un facteur déclanchant de la dépression postnatale.

La prise en charge des difficultés sociales est une autre nécessité. Le recours aux services sociaux devra éventuellement être déclenché même si l'intéressée banalise la situation.

L'association d'une prise en charge pharmacologique s'avère parfois nécessaire et doit tenir en considération le terrain biologique.

Les auteurs insistent de plus en plus sur la grande fréquence de la bipolarité atténuée, lorsqu'on prend en considération les tempéraments affectifs sous jacents. Ce qui aurait des répercussions thérapeutiques et pronostiques.

X. CONCLUSION

La DPP est une entité clinique très fréquente. Elle peut être considérée comme un problème de santé publique, non seulement du fait de sa fréquence mais aussi en raison de ses conséquences néfastes sur le nouveau né, sur la relation conjugale, voire sur l'équilibre familial. D'autant plus qu'elle peut annoncer le début d'une pathologie chronique de l'humeur chez la mère.

D'où la nécessité de sa prévention par action sur les facteurs de risques, son dépistage, et sa prise en charge thérapeutique multidisciplinaire.

REFERENCES :

1. Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 1-10.
2. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001; 50: 275-85.
3. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Prevention and treatment of postpartum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 2002; 32:1039-47.
4. Hara M.W, A.M Swain. Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1996; 8: 37-54.
5. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry*, 1968; 114: 1325-1335.
6. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal Depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30(3): 75-80.
7. Hays DF. Intellectual problems shown by 11-years old children whose mothers had postnatal depression. *Journal Child Psychological Psychiatry* 2001; 42(7):871-89.
8. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed

mothers. *J Child Psycho Psychiat* 1999; 40:1259-71.

9. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1367-74.
10. Marray L. the impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992; 33: 543-561.
11. Appleby L, Warner R, Whitton A, Fairagher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire. *Journal of psychosomatic Research* 1997; 43(4):351-8.
12. England SJ, Ballard C, George S. Chronicity in postnatal depression. *European Journal of Psychiatry* 1994; 8:93-6.
13. Mc Gill H, burrows VL, Holland LA, Langer HJ, Sweet MA. Post natal depression: a christchurch study. *New Zealand Medical Journal*, 1995: 162-165.
14. Monique Bydlowski: Psychopathologie périnatale: du "bules" à la dépression maternelle postnatale (DPN).
15. Marcé L.V.(1858), *Traité de la Folie des femmes enceintes*, Paris, Londres, New-york, Madrid, J.B. Baillères et fils.
16. Yalom I, Lunde D., Moos R., Hamburg D. (1968). Post partum blues syndrome. *Arch. Gen. Psychiat*, 18, p. 16-27.
17. Bydlowski M., Papiernik E. (1978), la névrose traumatique post-obstétricale "Signal symptôme" dans la prophylaxie des accidents périnataux, *Médecine et hygiène*, 36, p 1272,352-354.
18. Monique Bydlowski: apport de Winnicott au travail psychanalytique à la maternité. 2004.
19. Guillaumont C *Troubles psychiques de la grossesse et du post partum*. Cours de psychologie médicale 27 novembre 2000.
20. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM IV. Paris, Masson, 1996
21. Armstrong KL, O'Donnell H, Mc Callum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/ depression. *J Paediatric Child Health*. 1998; 34: 263-266.
22. Slim Raoudha EP. Gaaliche, la dépression du post partum (prevalence et facteurs associés). Thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine. Université du centre faculté de médecine de Monastir, année universitaire: 2003- 2004.
23. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43: 569-573.
24. Holden J. the role of health visitors in postnatal depression. *International Review of Psychiatry*, 1996, 8: 79-86.
25. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. post partum depression and post partum adaptation: overlapping constructs? *J Affect Disord*. 1989; 17: 251-254.
26. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R. screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res.* 1994; 38: 539-545.
27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburg postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*, 1987; 150: 782- 786.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. an inventory for measuring depression. *Arch Gen psychiatry* 1961; 4: 561-571.
29. Marry L, Carothers AD. The validation of the Edinburg postnatal depression scale on a community sample. *Br J Psychiatry*, 1990; 157: 288-290.
30. Cooper PJ, Marray L. course and recurrence of postnatal

- depression- evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 191-195.
31. Lewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58 (suppl 15): 26-32.
32. Appleby L. suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 1991; 302: 137-140.
33. Boyce P. personality dysfunction, marital problems and postnatal depression; in *perinatal Psychiatry- use and Misuse of the Edinburgh Postnatal depression scale*. Eds. J Cox and J Holden, London, Gaskell. 1994: 82-102.
34. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*, 1996; 169: 36-41.
35. Carro MG, Grant KE, Gotlib IH et al. Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and psychopathology*, 1993; 5: 567-579.
36. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. the development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 1996; 26: 627-34.
37. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1367-74.
38. Murray L, the impact of postnatal depression on infant development. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 1992; 33: 543-561.
39. Murray L, Cooper PJ. Post partum depression and child development. *Psychological Medicine*, 1997, 27: 253-260.
40. Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. psychosocial predictors of depressive symptomatology level in post partum women. *J affect Disord*. 1997; 46: 39-49.