

กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตหลังคลอด : รายงานผู้ป่วย

2 ราย

รณชัย กงสกนธ์*

ดวงใจ กษานติกุล**

Kongsakont R, Kasantikul D. Postpartum disorders. Chula Med J 1987 Dec; 31 (12) : 987-991

Postpartum patients have been reported to have emotional disturbances and behavior changes. The postpartum period is generally regarded as being stressful. It is believed that postpartum disorders develop in connection with stresses associated with pregnancy, labor and childbirth, intrapsychic reorganization of becoming a mother and anxiety regarding child rearing. In light of these stresses, environmental and psychosocial interaction could have some roles to cause such disorders.

Most postpartum disorders are classified under the "Depressive disorders" The commonest symptoms which are less frequent with the quoted figure being one to two per 1,000 deliveries. Peak incidence is between the third day to one month of the postpartum period.

We report two cases of postpartum disorders with psychotic symptoms occurring during the postpartum period. Psychosocial factors were presumably causative.

Reprint requests : Kongsakont R. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. August 18, 1987.

* แพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มอาการผิดปกติทางด้านจิตที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด (Postpartum disorder) มีอาการปรากฏได้หลายลักษณะ เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งอารมณ์เศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด บางครั้งเรียกว่า postpartum blue นอกจากนี้ความผิดปกติทางจิตภายหลังคลอดยังอาจมีอาการเหมือนโรคจิตเภท หรือมีอาการคล้ายจิตวิกลจริตจากสาเหตุของโรคทางกาย (organic like mental disorder) ซึ่งมีลักษณะสับสน จุนง ความจำเสียไป ไม่รู้จักวัน เวลา และสถานที่ หากใช้การวินิจฉัยตามหลักของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM III) แล้ว⁽¹⁾ ความผิดปกตินี้จะเข้าได้กับภาวะวิกลจริตช่วงสั้น brief psychosis หรือ schizophreniform disorder ถ้าไม่มีลักษณะของโรคจิตชนิดอื่น ส่วนใหญ่ความผิดปกติมักพบในหญิงซึ่งคลอดบุตรคนแรก และมีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกเมื่อคลอดบุตรคนต่อไปถึง 30-50% ผู้รายงานมีความประสงค์จะรายงานผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว 2 ราย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายแรก ผู้ป่วยหญิงไทย โสภธ อายุ 34 ปี การศึกษาระดับ ม.ศ. 3 บ้านอยู่กรุงเทพฯ รัยย้ายมาจากแผนกสูติกรรม เพราะมีพฤติกรรมผิดปกติหลังจากคลอดบุตรได้ 3 วัน โดยที่ 1 ปีก่อน ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับเพื่อนของน้องชายผู้ป่วย ถึงขั้นได้เสียกัน แต่ผู้ป่วยปกปิดความสัมพันธ์ไม่ให้ใครทราบเพราะเพื่อนชายไม่มีอาชีพแน่นอน เมื่อผู้ป่วยตั้งครรภ์ได้พยายามปกปิดการตั้งครรภ์มาตลอด โดยใช้ผ้ารัดหน้าท้อง จนครบกำหนดคลอด มีอาการเจ็บท้องคลอด แต่ผู้ป่วยยื่นกรานปฏิเสธการตั้งครรภ์สูติแพทย์ได้ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเนื่องจากมีปัญหาในการคลอด หลังคลอดผู้ป่วยมีไข้เล็กน้อยจากการติดเชื้อ เมื่อเรื่องราวของผู้ป่วยถูกเปิดเผยญาติพี่น้องมีท่าทีไม่ยอมรับ วันที่ 3 หลังคลอดหลังจากที่ได้พูดคุยโทรศัพท์กับพี่ชาย ผู้ป่วยมีอาการเอะอะไว้วาย ก้าวร้าวจึงถูกจับมัดฉีดยาไดเซ็ปแอม (Diazepam) 10 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ ผู้ป่วยสงบลง แต่ต่อมามีอาการซึมไม่พูด ไม่รับประทานอาหาร จึงถูกส่งปรึกษาทางแผนกประสาทวิทยา ตรวจไม่พบความผิดปกติทางกาย และได้รัยย้ายมาแผนกผู้ป่วยในจิตเวช ได้รับการรักษาด้วยซ็อดโฟเฟีย 2 ครั้ง กับยาฮาโรเพอริดอล (Haloperidol) 6 มิลลิกรัมต่อวัน อะมิทริปไทรีน (Amitriptyline) 50 มิลลิกรัมต่อวัน อาการหายเป็นปกติใน 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย สมรสมานาน 1 ปี อายุ 31 ปี การศึกษาระดับ ป.6 อาชีพลูกจ้าง ทำงานบ้าน ได้มาฝากท้องขณะตั้งครรภ์ 3 ครั้ง รัยเข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วย

ในจิตเวช เนื่องจากมีอาการซึมหลังจากคลอดบุตรได้ 2 สัปดาห์ และจะทำร้ายบุตรของตนเอง ซึ่งเป็นบุตรคนแรกคลอดด้วยการใช้คีมีบออก เนื่องจากระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานเกินควร หลังคลอดผู้ป่วยมีไข้ติดเช็ดต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน ญาติสังเกตว่าหลังคลอด 5 วัน ผู้ป่วยมีอาการเหม่อลอยเป็นบางครั้ง หัวใจก็เป็นปกติดี เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยมีอาการกลัวใจ ว่าญาติผู้ใหญ่ไม่ให้อาบน้ำร้อน เริ่มรู้สึกกังวลว่าจะเลี้ยงลูกไม่ดี ต้องให้ญาติผู้ใหญ่ช่วยดูแลเลี้ยงบุตรแทน ผู้ป่วยมาปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้ยาอิมิพรามิน (Imipramine) 50 มิลลิกรัมต่อวัน และจิตบำบัดแบบประคับประคอง เนื่องจากแพทย์เห็นว่ามีอารมณ์เศร้าและวิตกกังวล อาการไม่ดีขึ้น กลับเหม่อลอย เชื่องซึม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นอาบน้ำ แต่งตัวให้ บางขณะผู้ป่วยมีสีหน้าเปลี่ยนเป็นก้าวร้าว ดาขวาง ไม่ตอบคำถาม ไม่รับประทานอาหาร ไม่ยอมนอน มีท่าทีจะทำร้ายบุตร การรักษาได้ให้ยาอิมิพรามิน (Imipramine) 50 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับฮาโรเพอริดอล (Haloperidol) 15 มิลลิกรัมต่อวัน อาการดีขึ้นเป็นปกติใน 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการติดตามการรักษาอยู่เป็นเวลา 2 เดือน ไม่พบความผิดปกติเกิดขึ้นอีก หลังจากนั้นผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายแรกมีภาวะบีบคั้นที่ค่อนข้างรุนแรงจากการที่ต้องปกปิดการตั้งครรภ์มาตลอดแม้กระทั่งช่วงก่อนจะผ่าตัดทำคลอด ได้รับการรังเกียจและไม่พอใจจากญาติมิตร หลังคลอดผู้ป่วยยังมีปัญหา มีไข้ เนื่องจากติดเชื้ออีก เชื่อว่าปัจจัยต่าง ๆ นี้มีส่วนกระตุ้นให้เกิดภาวะวิกลจริตภายหลังคลอดในผู้ป่วยรายนี้

กรณีผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดมีภาวะวิกลจริตขึ้น สืบเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลบุตรของตนได้ดีหรือไม่ เพราะเป็นบุตรคนแรก ผู้ป่วยกังวลมากจนมีความคิดผิดปกติออกมาในลักษณะที่คิดทำร้ายเอาชีวิตบุตร (Infanticidal thought) ซึ่ง Button, Revich⁽²⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงหลังคลอด 42 รายที่มีความยำคิดดังกล่าวอธิบายว่าเป็นการแสดงออกในทางตรงกันข้าม (Reaction formation) ต่อความคิดหมกมุ่นถึงการเลี้ยงดูและสุขภาพอนามัยของบุตร ได้เน้นว่าความรู้สึกซึมเศร้าถึงขั้นคิดฆ่าบุตรทารกของตนมีจุดสำคัญมาจากชีวิตอดีตที่น่าเศร้าของมารดา ซึ่งสืบเนื่องมาจากขาดความรักความอบอุ่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดาของตนในช่วงเยาว์วัย

ผู้ป่วยรายนี้ทำให้เห็นว่าควรให้คำปรึกษาแนะแนวแก่หญิงที่ตั้งครรภ์ในช่วงการฝากครรภ์มีความสำคัญมาก โดยการซักถามถึงความวิตกกังวล ความกลัว และประวัติความผิดปกติทางจิตในอดีตก็อาจทำให้เราสามารถให้การดูแลและระวังป้องกันได้ ในระยะหลังคลอด การสร้างให้เกิดสายสัมพันธ์ (Bonding) ระหว่างมารดากับทารกให้เร็วได้เท่าไรก็จะยิ่งส่งผลดีต่อการลดความวิตกกังวลความตึงเครียดหลังคลอดได้ดีเท่านั้น ดังนั้นวิธีการที่ให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกัน (Rooming In) น่าจะเป็นวิธีที่ควรได้รับการสนับสนุนดีกว่าจะแยกทารกให้อยู่ต่างหากจากมารดาซึ่งอาจจะสร้างความกังวลแก่ผู้เป็นมารดาได้ จนอาจเกิดความวิตกกังวลถึงขั้นมีอาการซึมเศร้า

ทางด้านอนามัยแม่และเด็ก อาจจะช่วยลดภาวะความผิดปกติในช่วงหลังคลอดนี้ได้โดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจตระเตรียมการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การพยาบาลทารก และส่งเสริมความผูกพันใกล้ชิดระหว่างสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะคู่สามีภรรยา ผู้จะเป็นบิดามารดา ตลอดทั้งการให้ความรู้ด้านคุมกำเนิดในภาวะที่ยังไม่ร้อนที่จะมีบุตร วัตถุประสงค์ของความผิดปกติชนิดนี้น่าจะลดลงได้ ถ้ามีการร่วมมือป้องกันแก้ไขเสียแต่เนิ่น ๆ โดยจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะแรก ๆ

โดยทั่วไปอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิตหลังคลอดนี้ ประมาณ 20-40% ของหญิงแรกคลอดมีความผิดปกติด้านอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิด⁽²⁾ และเมื่อศึกษาติดตามเป็นเวลาถึง 1 ปี หลังคลอด 25% ของหญิงกลุ่มนี้มีอาการทางจิต โดยอาการที่พบบ่อย ๆ คือ อ่อนเพลีย หงุดหงิด ตึงเครียด และวิตกกังวล ส่วนความผิดปกติในลักษณะจิตวิกลจริตภายหลังคลอดพบได้ 1-2 รายต่อ 1,000 ราย

ความผิดปกติทางจิตหลังคลอดนี้เชื่อกันว่าเป็นผลมาจากความตึงเครียดที่เกิดขึ้นและตั้งครรภ์ขณะคลอด และจากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูทารกซึ่งความตึงเครียดหรือความบีบคั้นนี้ มีสาเหตุจากหลาย ๆ ปัจจัยดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีอิพิเนฟริน^(3,4) และนอร์อิพิเนฟริน ในร่างกายจะลดทันทีทันใด เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนนี้มีผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของหญิงหลังคลอด

2. การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหรือภาพพจน์ของตนเอง⁽³⁾ ส่วนใหญ่ภายหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วง 2-3 เดือน มักจะมีรูปร่างไม่กระชับสมส่วนดังเช่นเมื่อก่อนตั้งครรภ์ ทำให้หญิงบางคนที่เคยมีความภูมิใจ ให้ความสำคัญ

เป็นที่สุดต่อรูปลักษณะของตน จึงทนหรือยอมรับไม่ได้ต่อสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก

3. มีข้อขัดแย้งในจิตใจที่สำคัญเกี่ยวกับการตั้งครรภ์^(2,3) ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความเป็น "หญิง" อย่างสมบูรณ์ ยอมรับสภาพการตั้งครรภ์และการมี "เด็ก" ไม่ได้เนื่องจากสภาพชีวิตในวัยเด็กหรือความสัมพันธ์กับบิดามารดาในอดีต ทำให้ผู้ป่วยไม่ชอบหรือต่อต้านบทบาทของความเป็นหญิง (feminine role)

4. สภาพจิตใจในการเตรียมตัวเป็นมารดาของทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์จะต้องรับภาระตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ว่ามีการวางแผน เป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี หรือความสัมพันธ์ของสามีภรรยากับญาติพี่น้องของแต่ละฝ่าย มีความขัดแย้งไม่ลงรอยกันหรือไม่ รวมทั้งความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์กับภาระรับผิดชอบเลี้ยงดูทารก และความหวาดหวั่นได้ด้านอื่น ๆ อีก

อาการของความผิดปกติทางจิตมักจะเริ่มเกิดในระยะ 3 หรือ 7 วันหลังคลอด ไม่พบว่าความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นเร็วกว่านี้ (ใน 3 วันแรกหลังคลอด) สาเหตุไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีหรือฮอร์โมนจาก⁽⁴⁾ ผลของการคลอด อาการในช่วงแรก ๆ (prodromal) คือ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย รู้สึกอ่อนเพลีย เศร้าสลด หงุดหงิด ปวดศีรษะ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เมื่ออาการมากขึ้นจะมีลักษณะหงุดหงิดระแวง สับสน พูดได้ตอบไม่ตรงเรื่อง พูดไม่ได้เรื่องราว ย้ำคิดห่มกุ่มในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ และปฏิเสธไม่ยอมรับประทานอาหาร^(3,5) ดูคล้ายอาการของสภาวะเพ้อคลั่ง ซึ่งเคยเป็นข้อวินิจฉัยย่อย ๆ ของความผิดปกติหลังคลอดเมื่อสมัย 20 ปีก่อน ปัจจุบันนี้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) ลดลงไปมาก อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลในช่วงฝากครรภ์ เทคนิคการทำคลอดทันสมัยปลอดภัย ปัญหาการติดเชื้อและปัญหาครรภ์เป็นพิษลดน้อยไปมาก

เนื้อหาของความคิดหรือความหลงผิดของผู้ป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือความรู้สึกของมารดาที่มีต่อบุตร และบทบาทของความเป็นแม่ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า⁽⁵⁾ มักจะบ่นถึงถึงสุขภาพและสวัสดิการของเด็กที่มากเกินไป หรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดูแลทารกน้อยของตน คิดว่าตนดูแลเอาใจใส่บุตรไม่เพียงพอ หากถึงขั้นจิตวิกลจริต ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงผิดว่าทารกได้เสียชีวิตไปหรือเจ็บป่วยรุนแรง โดยไม่มีมูลความจริง บางครั้งผู้ป่วยหลงผิดว่าตนยังไม่ได้สมรส ยังเป็นสาวบริสุทธิ์อยู่ปฏิเสธ

ไม่ยอมรับตนได้ตั้งคร่ำครึ หรือมีความหลงผิดระแวงว่ามีคนมาปองร้าย ทำร้าย อาจมีอาการประสาทหลอนหูแว่ว ซึ่งจะมีเนื้อหาคล้ายกับความคิดหลงผิด พบบ่อย ๆ ที่เป็นเสี่ยงสูงให้ฆ่าทารกบุตรของตน นอกจากนี้ความผิดปกติของอารมณ์ อาจพบเป็นอาการครั่นเครงจนถึงคลุ้มคลั่ง (Mania)^(3,5) แต่มักมีลักษณะความคิดผิดปกติแบบที่พบในโรคจิตเภทที่เรียกว่า First rank Schneiderian symptom มีผู้กล่าวว่าเป็นอาการครั่นเครงหรือคลุ้มคลั่งที่พบเป็นความผิดปกติหลังคลอดนี้ เป็นคนละอย่างกับโรคจิตซึมเศร้าสลับคลั่ง (Bipolar disorder)⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง (Mania) เช่นกันและพบได้บ่อยกว่า

การวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตหลังคลอดนี้ ความผิดปกติมักจะเกิดขึ้นเวลา 30 วันหลังคลอดพบเป็นโรคประสาทซึมเศร้า (depressive neurosis) ได้บ่อยที่สุด รองลงมาคือโรคจิตเภท (schizophrenia) โรคผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorder) ความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorder) ความผิดปกติทางอารมณ์ สาเหตุจากทางกาย (organic affective disorder) และบางครั้งให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะวิกลจริตที่ไม่มีแบบฉบับแน่นอน (atypical psychosis) เนื้อหาของความคิดความหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทของความเป็นแม่และความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบริบาลทารกน้อย การวินิจฉัยจึงต้องอาศัย การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การตรวจสภาพจิต อาจจำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์ประสาทวิทยา ส่งตรวจคลื่นสมอง (EEG) สแกนสมอง (Brain scan) ฉายคอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) เจาะหลัง (LP) และทดสอบทางด้านประสาท-จิตวิทยา (Neuropsychological testing) เพื่อประเมินระดับความผิดปกติของการทำงานของระบบการเรียนรู้ (cognitive functioning) และความเรื้อรังของโรค

การรักษาความผิดปกติชนิดนี้ก็เช่นเดียวกับการรักษาทางจิตเวชทั่วไป^(3,5,6) คือการใช้ยาหรือเครื่องมือ เช่น ช็อคไฟฟ้า จิตบำบัด และการแก้ไขปรับปรุงสภาพสังคมสิ่ง

แวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การรักษาด้วยยาสงบประสาท โดยการให้ยาตามลักษณะอาการ เช่น ให้ยาคลายเครียดเมื่อมีอาการวิตกกังวล ให้ยาด้านอารมณ์เศร้า เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หากผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ รักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูงก็อาจจำเป็นต้องทำช็อคไฟฟ้า ซึ่งได้ผลดีเร็ว และให้ยาด้านโรคจิต (antipsychotics) ในกรณีที่มีอาการจิตวิกลจริต หรือใช้ลิเทียมคาร์บอเนต (Lithium carbonate) ในรายที่มีอาการครั่นเครง (Mania) หากใช้ยานี้แล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องงดให้นมบุตร และควรจัดให้มีผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ป่วยแทน มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายต่อบุตรเนื่องจากถูกผู้ป่วยทำร้ายด้วยอาการหลงผิดประสาทหลอนได้ การทำจิตบำบัดจะทำได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหายจากอาการจิตวิกลจริตแล้ว โดยพยายามแก้ไขข้อขัดแย้งที่พบเป็นปัญหาในผู้ป่วยวิตกกังวลด้วยการ

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับบทบาทของการเป็นมารดา ให้มีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลเลี้ยงดูทารกบุตรของตน

- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจถึงความรู้สึกโกรธหรือความอิจฉาที่มีต่อบุตร สืบเนื่องมาจากความปรารถนาที่จะยึดเหนี่ยวพึ่งพิง (dependency need) ที่เคยมีต่อมารดาของตน

- เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม
- สนับสนุนแนะนำให้สามีหรือบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เพิ่มความเอาใจใส่ ยอมรับผู้ป่วยเพื่อลดความบีบคั้นที่ผู้ป่วยรู้สึก

สรุป

รายงานผู้ป่วย 2 รายที่มีอาการวิกลจริตหลังคลอด โดยแสดงให้เห็นถึงภาวะบีบคั้นในด้านต่าง ๆ ซึ่งอาการหายเป็นปกติในเวลา 1-2 สัปดาห์ ความคิดผิดปกตินี้ถ้าหากได้มีการให้การป้องกันเสียแต่เริ่มต้น โดยการให้ความเข้าใจทางด้านอนามัยแม่และเด็ก และส่งเสริมความผูกพันใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว อุบัติการณ์ของความผิดปกติชนิดนี้ก็อาจจะลดลง

อ้างอิง

1. American Psychiatric Associations. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd ed. Washington, D.C : A.P.A., 1980.
2. Asch SS, Rubin LJ. Postpartum Reactions : some unrecognized variations, Am J Psychiatry 1974 Aug; 131 (8) : 870-873
3. Kaplan HI. Postpartum Disorder. In : Harold

- IK, Sadock BJ, eds. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4th ed. Baltimore : William & Wilkins, 1985. 555-557
4. David J. Clinil Psychiatry. In : The Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health, 1985.

5. Welner A. Childbirth-related psychiatric illness
Compr Psychiatry 1982 Mar-Apr; 23(2) :
143-154
6. อรรณพ วิสุทธีมรรค. ชูทิพย์ ปานปรีชา. กลุ่มอาการทางจิตเวช
ภายหลังคลอด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
2519 ตุลาคม; 21(4) : 442-455