

Dr Karolina Kossakowska
*Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii Uniwersytet Łódzki*

Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny

Maternal postpartum depression and its consequences for the child and family

Abstrakt:

Depresja poporodowa stanowi problem dla zdrowia psychicznego u ok. 10-20% matek na całym świecie. Specyfika objawów determinuje trudności w opiece nad dzieckiem, utrudniając lub nawet uniemożliwiając kobiecie wywiązywanie się z roli matki. Potwierdzone licznymi badaniami konsekwencje depresji poporodowej wiążą się z zagrożeniem dla prawidłowego rozwoju dziecka, ale także dla funkcjonowania kobiety w innych rolach (np. małżeńskiej, społecznej). Doświadczenie objawów depresji w związku z narodzeniem się dziecka, zwłaszcza nieleczonych może też wpływać na decyzję o braku posiadania kolejnych dzieci. Celem artykułu jest przybliżenie potencjalnych zagrożeń depresji poporodowej, co może przyczynić się do większej uważności, zarówno bliskich, jak i specjalistów opiekujących się kobietą po urodzeniu dziecka.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa; konsekwencje dla matki, dziecka i rodziny

Abstract:

Postpartum depression is a mental health problem for around 10-20% of mothers all over the world. The specificity of symptoms determines the difficulties in childcare, making it difficult or even impossible for a woman to fulfill the role of mother. The consequences of postpartum depression confirmed by numerous studies are associated with a threat to the proper development of the child, but also to the functioning of the woman in other roles (i.e. marital, social roles). Experiencing depression symptoms in connection with the birth of a child, especially if not treated, may also influence the decision not to have more children. The purpose of the article is to present the potential risks of postpartum depression, which can contribute to greater awareness, both of relatives and specialists who care for women after childbirth.

Key words: postpartum depression; consequences for mother, child and family

Wprowadzenie

Macierzyństwo to niezwykle doświadczenie, które każda matka przeżywa w inny sposób. Dla wielu kobiet stanowi ono wspaiałe, radosne przeżycie, jednak są także i takie matki, które w związku z pełnieniem nowej roli doznają smutku i rozczarowania, a także mają trudności w adaptacji do nowej sytuacji. Narodziny dziecka to wydarzenie zwiastujące nadejście permanentnych i nie zawsze satysfakcjonujących zmian psychicznych, społecznych i materialnych w dotychczasowym życiu (Deave, Johnson, Ingram, 2008). Społeczne

oczekiwania i obraz macierzyństwa kreowany przez media mogą dodatkowo utrudniać odnalezienie się w roli matki, zwłaszcza wówczas, gdy oprócz typowych wyzwań, jakie wiążą się z pojawieniem dziecka, występują dodatkowe problemy, np. związane z jego zdrowiem, konsekwencjami trudnego porodu czy brakiem wsparcia ze strony najbliższych. Wiele kobiet przeżywa macierzyństwo jako utratę autonomii i niezależności. Wyniki badań wskazują także na trudności w radzeniu sobie z dzieckiem po porodzie (Budrowska, 2000). Młodym matkom brakuje wiary we własne siły, zaś proces adaptowania się do nowej roli postrzegają niejednokrotnie jako nieprzyjemny i bolesny. W związku z przeżywanymi problemami kobiety mogą doświadczać objawów depresji poporodowej, która niesie ze sobą poważne konsekwencje dla rozwoju dziecka, ale również dla funkcjonowania kobiety i całej rodziny.

1. Depresja poporodowa

Depresja poporodowa jest zaburzeniem psychicznym, które rozpoznaje się w ciągu 4 (według DSM-5) lub 6 (według ICD-10) tygodnia po urodzeniu dziecka u ok. 10-20% kobiet, które zostały matkami (APA, 2013; ICD-10, 2000). Objawy kliniczne depresji występującej po narodzinach dziecka nie różnią się niczym od objawów epizodu dużej depresji, za wyjątkiem sytuacji, w której się pojawiają. Ten ścisły związek z sytuacją porodu i okresem poporodowym sprawia jednak, że objawy, choć tożsame z objawami depresji dużej, mają swoją specyfikę związaną ze szczególnym okresem, jaki sprzyja ich wystąpieniu. i tak, np. utrata zainteresowań w depresji poporodowej wiązać się będzie z brakiem zainteresowania dzieckiem i obowiązkami typowymi dla położu, a wynikającymi z roli matki. Podobnie, poczucie winy lub negatywne postrzeganie się siebie będzie przejawiać się w odniesieniu do funkcjonowania kobiety jako matki.

Jeszcze w drugiej połowie XX wieku, Pitt (1968) przyglądając się uważniej depresji poporodowej, określił ją, jako „atypową”, czyli różniącą się od depresji klasycznej (endogennej) większym nasileniem symptomów neurotycznych przyćmiewających inne objawy. Zdaniem autora, charakterystycznym przykładem symptomów wchodzących w skład poporodowych depresyjnych zaburzeń nastroju są mniejszy niż w obrazie depresji endogennej smutek i przygnębienie, które występują raczej pod koniec dnia, a nie rano. Kobiety doświadczają poczucia nieodpowiedzialności, niemożności poradzenia sobie i drażliwości – według Daltona (1989, za: Nieland i Roger, 1997) właściwej dla depresji poporodowej, a niewystępującej w depresji endogennej. Rzadsze są także poczucie beznadziejności i myśli samobójcze, występuje natomiast nieadekwatny lęk o zdrowie i życie dziecka, nadmierne przejmowanie się zaistniałą sytuacją i przesadna troska o własne zdrowie (Wasilewska-Pordes, 2000). Czas trwania depresji poporodowej jest dyskusyjny. O'Hara (1984) wymienia 3 tygodnie, Oakey i Chamberlain (1981) mówią o 20 tygodniach po

porodzie, zaś z rezultatów uzyskanych przez Pitt'a (1968) wynika, iż czas trwania depresji u 40% badanych przez niego kobiet przedłużył się nawet do roku. Na podobne wyniki wskazują (Gaynes, Gawin, Meltzer-Brody, 2005).

Za czynniki ryzyka uważa się m.in. przebieg ciąży i porodu, stresujące wydarzenia w ciąży i po porodzie, zły stan zdrowia dziecka, zakłócenie relacji małżeńskich, brak lub niedostateczne wsparcie społeczne, wcześniejsze zaburzenia psychiczne, a także styl wyjaśniania zdarzeń. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji poporodowej zwiększa także przeżywany wcześniej „baby blues” (Beck, 2001; Gelaye i in., 2016; Ghaedrahmati i in., 2017).

2. Konsekwencje depresji poporodowej

Chociaż kobiety będące w ciąży i doświadczające w związku ze swoim stanem stresu i związanych z nim negatywnych emocji, rozwijają w sobie pewne mechanizmy adaptacyjne, mające na celu ochronę zdrowia matki i rozwijającego się dziecka, wyniki wielu badań pokazują, że depresyjne zaburzenia nastroju związane z okresem popołogowym są brzemiennie w skutkach nie tylko dla samej kobiety.

Ze względu na objawy choroby, kobieta nie jest zdolna wypełniać obowiązków wynikających z nowej roli i w pełni realizować się w macierzyństwie, ani też wystarczająco dobrze funkcjonować w dotychczasowych relacjach społecznych, przede wszystkim z partnerem i rodziną. Skutki wynikające z objawów choroby, jaką stanowi depresja poporodowa mogą być krótko- i długoterminowe, i dotyczyć relacji z partnerem, rodziną (Boath, Pryce, Cox, 1998; Burke, 2003; Gawlik i in., 2014; Małus i in., 2016; Myers, Johns, 2018; oraz, co najważniejsze, natywnie wpływać na rozwój niemowląt i starszych dzieci (O'Hara and McCabe, 2013; Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019).

2.1. Depresja poporodowa a podejmowanie interakcji i tworzenie więzi z dzieckiem

Problemy osobowościowe i emocjonalne stanowią poważną przeszkodę w pełnieniu roli matki, ponieważ utrudniają emocjonalną relację z dzieckiem, wpływają na jakość opieki nad nim i zmniejszają poczucie wartości kobiet oraz ich wiarę w udany bliski związek z dzieckiem (Brummelte and Galea, 2016; Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019).

W tym miejscu należy podkreślić, że o nawiązaniu relacji z dzieckiem decydują czynniki pojawiające się już w czasie ciąży, m.in. wyobrażenia o opiekowaniu się dzieckiem oraz akceptacja ciąży i macierzyństwa. Więź ukształtowana w okresie ciąży może rzutować na zachowania wobec dziecka w okresie poporodowym. Powstawanie więzi emocjonalnej jest bowiem procesem zachodzącym w czasie ciąży i kontynuowanym po porodzie, zaś

charakter i intensywność tej więzi zależy od wielu czynników (Bielawska-Batorowicz, 2006). Negatywny wpływ na siłę więzi mają niekorzystne wydarzenia życiowe kobiet oraz powikłania przebiegu ciąży (tamże), zwłaszcza jeśli współwystępują ze sobą.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy i jak dobre samopoczucie rodziców może oddziaływać na relację rodzic-dziecko podczas pierwszych 6 miesięcy jego życia, koncentrowano się przede wszystkim na roli stresu doświadczanego przez rodziców przed narodzinami. Analizy zakładają bowiem, że podatność na rodzicielski stres jest ważnym predyktorem jakości relacji rodzic-dziecko. Kształtowanie się postawy macierzyńskiej implikuje bowiem, wśród wielu czynników społeczno-demograficznych, osobowościowych i psychologicznych, także samopoczucie psychiczne kobiety w trakcie ciąży.

Rzeczywiście, matki, które doświadczały wysokiego poziomu spostrzeganego stresu podejmowały interakcje w mniej pozytywny sposób aniżeli te, które miały niższy poziom spostrzeganego stresu (Noppe, Noppe, Hughes, 1991). Natężenie więzi jest odwrotnie proporcjonalne do natężenia depresji i niepokoju przeżywanego przez matkę. Już w badaniach Condon i Corkindale (1997) oraz późniejszych przeprowadzonych przez Laxton-Kane i Slade (2002) wysokim wskaźnikom depresji w trzecim trymestrze ciąży towarzyszyło niskie natężenie więzi z dzieckiem. Kobiety, które w okresie ciąży nawiązują silniejszą więź z dzieckiem, postrzegają je bardziej pozytywnie po porodzie, albowiem silna więź prenatalna sprzyja pozytywnemu nastawieniu do dziecka oraz większej tolerancji i akceptacji (Bielawska-Batorowicz, 2006).

Tymczasem depresyjne matki mogą być apatyczne, rozdrażnione, wrogie i mniej emocjonalne w stosunku do noworodka. Niechętnie angażują się w kontakt z dzieckiem i często nie reagują na jego potrzeby (Laurent and Ablow, 2013). Depresja może zakłócać percepcję sytuacji i sprzyjać negatywnej ocenie zachowań dziecka (Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019). Badania Chun-Chong i Vistanis (2004) mierzące zasięg trudności w relacjach matka-dziecko u kobiet z depresją poporodową dowodzą, że depresyjne matki częściej odrzucają swe dzieci i odczuwają w kontakcie z nimi silny gniew. Matki depresyjne wydają się być mniej wrażliwe i dostrojone do dziecka, a w konsekwencji mniej zdolne do wspierania dziecka i jego rozwoju (Milgrom, Ericksen, McCarthy, Gemmill, 2006).

Matka wskutek depresji może być niezdolna do empatycznego kontaktu z niemowlęciem i reagować odrzuceniem, zaś dzieci matek depresyjnych charakteryzuje dużo słabsze zaangażowanie, mniejsza emocjonalność, gorsza komunikacja, częstsze poczucie winy i urazy (Teti, Crosby, 2012).

Cheryl T.Beck (1996a) w badaniach jakościowych z udziałem 12 kobiet cierpiących na depresję poporodową ustaliła za pomocą wywiadu dziewięć przewodnich motywów charakterystycznych dla opieki nad dzieckiem i nawiązywania z nim interakcji przez depresyjne matki.

Zdaniem Cheryl T.Beck:

- 1) depresja poporodowa wpływa na umysł i ciało kobiety, uniemożliwiając jej troszczenie się o dziecko lub czyniąc tę troskę „mechaniczną”, a także pozbawia matkę jakiegokolwiek radości towarzyszącej zdrowym kobietom w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem;
- 2) przytłoczenie obowiązkami wynikającymi z opieki nad dzieckiem powoduje przerażenie i czyni kobietę niezdolną do radzenia sobie z tą sytuacją;
- 3) aby przetrwać tę sytuację i emocje jakich doświadczają, matki depresyjne separują się emocjonalnie i fizycznie od swoich dzieci;
- 4) kobiety pozbawione pragnienia, by nawiązać interakcję ze swoim dzieckiem, tracą zdolność rozpoznawania i właściwego reagowania na zachowania dziecka sygnalizujące jego potrzeby (np. płacz), przy jednoczesnej nadwrażliwości na bodźce (np. krzyk dziecka jest percypowany, jako dużo głośniejszy niż w rzeczywistości, co potęguje poczucie przeładowania problemami wynikającymi z opieki nad dzieckiem);
- 5) w związku z trudnościami towarzyszącymi nawiązywaniu interakcji z dzieckiem umysł kobiety staje się owładnięty przez poczucie winy i irracjonalny sposób myślenia („jestem najgorszą matką na świecie”) charakterystyczne dla depresji;
- 6) zdarza się, że kobieta nie radząc sobie z trudnościami i swoimi emocjami, jakie jej wówczas towarzyszą, przejawia wobec dziecka agresywne zachowania, co wywołuje lęk, iż mogłaby zrobić dziecku krzywdę;
- 7) matki cierpiące na depresję po porodzie wycofują się również z opieki i dbania o swoje starsze dzieci, tak, jakby „przystały zauważać ich obecność”;
- 8) kobiety z depresją poporodową czynią ją odpowiedzialną za utratę bliskości i intymności towarzyszące zdrowym matkom w relacjach z dzieckiem;
- 9) mimo iż doświadczają negatywnych emocji, aby zminimalizować negatywne skutki depresji poporodowej, matki przedkładają potrzeby dziecka nad swoje własne, w konsekwencji zmuszając się do interakcji z dzieckiem (co może nasilać objawy choroby).

Przytoczone przez Beck (1996a) potencjalne zachowania agresywne łączone są przez innych autorów (Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019) z poporodową skłonnością do irytacji i drażliwością. Skłonność ta miałyby manifestować się poprzez zachowania agresywne o charakterze werbalnym (m.in. podnoszenie głosu czy ubliżanie i używanie wulgaryzmów) i fizycznym (w tym kopanie przedmiotów, strzaskanie drzwiami, stosowanie przemocy wobec dzieci, partnera czy obecnych w domu zwierząt, rzucanie przedmiotami, etc.) i ranić zarówno adresata tych zachowań, czyli najczęściej dziecko, jak również matkę, która się w ten sposób zachowuje. Dodatkowo, w wymiarze personalnym, kobiety opisują siebie, jako

łatwo wpadające w złość, niecierpliwe i nietolerancyjne wobec zachowań innych – w tym dziecka – dokuczliwe, „marudzące” czy wytykające błędy.

Biopsychospołeczne ujęcie depresji poporodowej (Gilbert, 2004) pokazuje, że depresja poporodowa charakteryzująca się uczuciem smutku, słabym afektem i negatywnym myśleniem koliduje z prawidłowymi behawioralnymi i emocjonalnymi relacjami matki i dziecka.

Objawy depresji poporodowej utrudniają matce zaangażowanie się w wystarczająco dobrą interakcję. Prawdopodobnie depresyjne matki mają trudność z empatycznym dostrojeniem i wrażliwością i nie są w stanie pomóc dziecku w radzeniu sobie ze stresującymi wyzwaniami, jakie stawiają przed nim wymagania rozwojowe.

Stan emocjonalny, a zwłaszcza obniżony nastrój, wpływa, zdaniem wielu autorów, na sposób nawiązywania kontaktu z dzieckiem po porodzie, ocenę posiadanych przez nie cech i interpretację jego zachowania. Wyniki badań, wykorzystujących kwestionariusze służące do pomiaru depresji, m.in. Beck Depression Inventory (Beck i in., 1961), czy Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox i in., 1987) pokazują, że wysokie wskaźniki depresji po urodzeniu dziecka współwystępują z mniej pozytywną oceną jego zachowania – jest ono zdaniem rodziców gorsze i przysparza więcej kłopotów niż zachowanie przeciętnego niemowlęcia (Teti and Crosby, 2012).

Co więcej, czynniki, które wpływają na zapoczątkowanie depresji poporodowej także negatywnie oddziałują na zdolność matki do wchodzenia w interakcje z jej dzieckiem. Dlatego wczesne rozpoznanie ryzyka depresji poporodowej odgrywa protekcyjną rolę dla rozwoju dziecka.

Kendall-Thacket (2005) wyróżniła czynniki zakłócające i wspierające relacje matka-dziecko. Wśród warunków utrudniających nawiązywanie interakcji z dzieckiem dostrzec można takie, które w mniejszym bądź większym stopniu stanowią także czynniki ryzyka dla rozwinięcia się depresji poporodowej, jak choćby nierealistyczne oczekiwania związane z macierzyństwem, niskie poczucie własnej wartości i skuteczności u matki, negatywne i/lub traumatyczne doświadczenia związane z porodem, nieleczone zaburzenia psychiczne i urazy związane z przemocą, trudności wynikające z temperamentu dziecka, kłopoty z karmieniem, przeciążenie obowiązkami macierzyńskimi czy brak wsparcia.

Elementami, które miałyby zapewnić nawiązywanie właściwych interakcji pomiędzy matką a nowonarodzonym dzieckiem, są według autorki: przestrzeganie, by matka miała zapewnioną potrzebną ilość wypoczynku i właściwie się odżywiała, zapewnienie jej dostępu i kontaktu z dzieckiem, udzielanie dokładnych informacji w odpowiedzi na wynikające z wątpliwości pytania, udzielanie emocjonalnego i praktycznego wsparcia, zapewnienie „odpoczynku” od opieki nad dzieckiem.

Czynniki ułatwiające podejmowanie interakcji z dzieckiem leżące po stronie matki, jakkolwiek możliwe do zmodyfikowania np. poprzez właściwie udzielone wsparcie, to

przede wszystkim poczucie wartości i skuteczności w pełnieniu roli wynikającej z macierzyństwa, realistyczne oczekiwania związane z urodzeniem i opieką nad dzieckiem, wreszcie zrozumienie reakcji dziecka, jako wynikających z jego temperamentu i pozytywne doświadczenia w karmieniu piersią.

2.2. Wpływ depresji poporodowej na rozwój dziecka

Dotychczasowe badania (Wang, Chen, Chin, Lee, 2005) koncentrowały się najczęściej na prenatalnych i postnatalnych zmiennych, ułatwiających pozytywny rozwój dziecka. Zmienną mającą szczególne znaczenie dla tego rozwoju jest stan zdrowia psychicznego matki, albowiem determinuje on jej zdolność do opieki nad dzieckiem i radzenia sobie z procesie jego wychowania.

Okres od 2 do 6 miesiąca po narodzinach jest niezwykle istotny w życiu dziecka z punktu widzenia jego późniejszego funkcjonowania (Edhborg, Lundh, Seimyr, Windstrom, 2001). Wówczas właśnie interakcja między matką a noworodkiem kształtuje jego doświadczenia poznawcze, emocjonalne i społeczne. Autorzy podkreślają że jakość wczesnej relacji matka-dziecko odpowiedzialna jest za jakość późniejszych relacji z innymi osobami. Według Kościelskiej (1998) noworodek pozbawiony kontaktu fizycznego z matką nie ma szans na przeżycie.

Dzieci kobiet cierpiących na depresję poporodową są częściej niż w przypadku matek niedepresyjnych zamknięte w sobie, wycofane, mniej radosne i chętne do zabawy (Teti, Huang, 2005), a także bardziej predysponowane do zachorowania na depresję. Kościelska (2001, str. 624) uważa ponadto, że „dostrojenie się niemowlęcia pod względem emocjonalnym do depresyjnej matki obniża jego aktywność, osłabia ciekawość świata i dążenie do jego eksploracji”.

Depresja poporodowa może mieć zatem potężny wpływ na rozwój dziecka we wszystkich jego sferach (Kingston, Tough, Whitfield, 2012; Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019). Dzieje się tak dlatego, że w okresie postnatalnym zarówno poznawcze, jak i społeczno-emocjonalne doświadczenia i wynikające z nich modelowanie i utrwalanie późniejszych wzorów reakcji zdeterminowane są przekazem płynącym właśnie z rodzaju interakcji, jakie zachodzą pomiędzy matką a dzieckiem.

W tabeli 1 przedstawiono konsekwencje depresji poporodowej u matki dla rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego dziecka.

Tabela 1. Depresja poporodowa a rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny dziecka

Depresja poporodowa matki a rozwój poznawczy dziecka	Depresja poporodowa matki a rozwój społeczno-emocjonalny dziecka
Niższy rozwój poznawczy u 4-latków (Cogill i współ., 1986; za: Wasilewska-Pordes, 2000)	Widocznie gorsze zachowanie dzieci pomiędzy 3 a 7 miesiącem życia (Field, 1990)
U chłopców niższe o jedno odchylenie standardowe wyniki w testach inteligencji, aniżeli w populacji ogólnej (Murray, 1992)	Niechęć do nawiązywania kontaktów i zachowania agresywne (Kersten-Alvarez i in., 2012).
Trudności w koncentracji (Weissman i in., 1984)	Dwumiesięczne dzieci matek depresyjnych bardziej drażliwe, mniej zadowolone, szybciej się denerwowały, szybciej podlegały reakcjom stresowym (Whiffen, Gotlib, 1989)
Zaburzenia w ogólnym rozwoju poznawczym (Murray, 1992)	Wzrost poziomu zaburzeń w zachowaniu, liczby zachowań antyspołecznych, większa nadpobudliwość (Murray, 1992)
Niższe wyniki w podskalach mierzących zdolności percepcyjne, motoryczne i werbalne u chłopców w 4 roku życia (Sharp, Hay, Pawlby, Allen, Kumar, 2005)	Większa liczba symptomów internalizacyjnych (nadwrażliwość, niepokój i depresja) oraz eksternalizacyjnych (zachowania opozycyjno-buntownicze, nadmierna agresywność i zaburzenia zachowania) u dzieci matek depresyjnych w ocenie nauczycieli nauczania przedszkolnego (Essex, Klein, Miech, Smider, 2001; Junge i in., 2017)
Niższe wyniki w zakresie dojrzałości szkolnej u 11-latków (Galler i in., 2004)	Zachowania o charakterze przemocowym u 11-letnich dzieci matek z depresją (Hay i in., 2003)
Słabszy rozwój intelektualny i motoryczny w pierwszych 12 miesiącach życia (Lyon-Ruth, 1989; Nguyen i in., 2018)	Niskie kompetencje społeczne wśród 8-i 9-latków, których matki przechodziły PPD (Achenbach, 2001)
	4-krotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń o charakterze psychiatrycznym u 11-latków matek chorujących na depresję poporodową (Pawlby, Sharp, Hay, O'Keane, 2008)

Źródło: opracowanie własne

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (za: Banasiak-Parzych, 2007) wymienia negatywne skutki depresji poporodowej dla dziecka z perspektywy poszczególnych okresów jego rozwoju:

- 1) Noworodki matek depresyjnych w porównaniu z niedepresyjnymi przejawiają: mniejszą aktywność, większą drażliwość i nerwowość, mniej pozytywnych reakcji mimicznych, zaburzenia rytmu snu i czuwania, tendencję do wyższego poziomu hormonów stresu i aktywności fal mózgowych, podobne jak w depresji.
- 2) Niemowlęta i małe dzieci matek depresyjnych w porównaniu z niedepresyjnymi charakteryzują się depresyjnym sposobem podejmowania interakcji, mniejszą wagą i siłą fizyczną, a także opóźnieniem w rozwoju motorycznym.
- 3) U przedszkolaków matek depresyjnych zaobserwowano natomiast zachowania depresyjne, zachowania agresywne a także pełne niezyczliwości i pozbawione empatii, podwyższony poziom hormonów stresu i aktywność mózgu wskazującą na stan chronicznej depresji.

2.3. Depresja poporodowa a dzieciobójstwo i samobójstwo matki

Historia dzieciobójstwa (z ang. *infanticide*) sięga co najmniej czasów starożytnych, kiedy zbrodnia ta odzwierciedlała specyficzne normy i imperatywy kulturowe. Przykładowo, w wielu starożytnych cywilizacjach (Mezopotamia, Grecja, Rzym), dzieciobójstwo było legalne i usankcjonowane prawnie, chociażby ze względu na nieślubne pochodzenie dziecka. Wśród czynników powiązanych wówczas z występowaniem zbrodni dzieciobójstwa wymienia się biedę, wyż populacyjny, kwestie związane z dziedziczeniem, kulturowy stosunek do dzieci z pozamałżeńskich związków, oparty na wierzeniach lub przesądach stosunek do niepełnosprawności dziecka, jak również tzw. „matczyne szaleństwo” (Meyer, Oberman, 2001).

Chociaż Brockington (1996) wyraźnie podkreśla, że zbrodnia dzieciobójstwa należy do najrzadziej spotykanych konsekwencji zaburzeń psychicznych u kobiet w okresie okołoporodowym, badacze problemu wiążą dzieciobójstwo z matkami, które nie są w stanie opiekować się dzieckiem ze względu na okoliczności podyktowane stanem ich zdrowia psychicznego (Meyer, Oberman, 2001; Spinelli, 2004).

W oparciu o przegląd dostępnych ogólnościowych badań dotyczących zabójstwa wydanego na świat dziecka, Resnick (1969, 1970; za: Brockington, 1996) dokonał rozróżnienia dzieciobójstwa ze względu na czas, w którym do niego dochodzi i wyróżnił morderstwo dziecka w czasie nie dłuższym niż 24 godziny po porodzie oraz w okresie powyżej 24 godzin, jakie upłynęły od narodzin. Zarówno w literaturze, jak i prawodawstwie polskim, rozróżnienie to nie znajduje odpowiedników terminologicznych, w języku angielskim są to odpowiednio: *neonaticide* i *filicide*. Zabójstwo typu *filicide* Brockington i Cox-Roper (1988; Liem, Koendraadt, 2008) wiążą właśnie z chorobą psychiczną matki.

Największe i najbardziej realne zagrożenie dzieciobójstwa związane jest nie tyle z depresją, lecz raczej z psychozą popołogową, ze względu na objawy zaburzenia o charakterze

psychotycznym, takie jak halucynacje, czy urojenia, kiedy to matka zostaje „namówiona” do popełnienia zbrodni np. przez szatana albo w imię uchronienia dziecka przed jej własnymi niebezpiecznymi działaniami albo potępieniem. Jednym z najgłośniejszych przykładów dzieciobójstwa, jako konsekwencji poporodowych zaburzeń nastroju, jest amerykanka z Teksasu – Andrea Yates, która w 2002 roku zamordowała swoje 6-miesięczne dziecko, a następnie pozostałych czworo. Biegli psychiatrzy sądowi zeznali w trakcie procesu, że u oskarżonej zdiagnozowano depresję poporodową z cechami psychotycznymi (Denno, 2003; Spinelli, 2004).

Podobnie relatywnie rzadką konsekwencją w populacji kobiet z poporodowymi zaburzeniami nastroju jest samobójstwo. Ponieważ jednak tendencje i myśli samobójcze występują w obrazie klinicznym depresji poporodowej, powinny być poważnie traktowane, zarówno przez specjalistów, jak i rodzinę chorej kobiety (Bodnar-Deren i in., 2016).

Hogberg, Innala i Sandstrom (1994) dokonali przeglądu śmiertelności kobiet we wczesnym okresie po narodzinach dziecka, przypadających na lata 1980 – 1988. Spośród 58 przypadków, samobójstwo stanowiło aż 10 procent. Współczesne badania wskazują, że śmiertelność okołoporodowa, obejmująca samobójstwa dokonane, próby samobójcze, idee samobójcze i myśli o samookaleczeniu stanowią wiodące przyczyny śmiertelności kobiet w pierwszym roku po urodzeniu dziecka (Orlosini i in., 2016; Palladino, 2011).

2.4. Depresja poporodowa a funkcjonowanie kobiety w wybranych sferach

Adaptacja do pełnienia roli matki nie przebiega jednak wyłącznie w relacji matka-dziecko. Narodziny za każdym razem mogą wpływać w istotny sposób na relacje kobiety z najbliższymi członkami rodziny – w szczególności na funkcjonowanie w diadzie małżeńskiej – i otoczeniem. Młoda matka, zwłaszcza w pierwszym okresie życia dziecka swoją uwagę koncentruje na dziecku, zaś dotychczasowe priorytety ulegają przewartościowaniu.

Jak pokazują rezultaty badań z udziałem obojga rodziców, konflikty małżeńskie i brak satysfakcji jest są dość powszechnym zjawiskiem w okresie pierwszego roku po narodzinach dziecka (Keizer, 2013). Kiedy jednak trudnościami wynikającym z odnalezienia się w nowej roli towarzyszy depresja, zakłócenia relacji z innymi mogą mieć poważniejszy przebieg, a także wtórnie oddziaływać negatywnie na cierpiącą kobietę. Wówczas dochodzić może do licznych konfliktów małżeńskich (Huysman, 2003), będących w tym przypadku już nie czynnikiem ryzyka dla wystąpienia depresji poporodowej, lecz jej konsekwencją. Może to wynikać z małej ogólnej świadomości zmian, jakie przyniesie ze sobą pojawienie się nowego członka rodziny, co w połączeniu z dodatkowym obciążeniem, jakie stanowi choroba kobiety, powoduje niezrozumienie problemu i pozostawanie przy zbyt wygórowanych

oczekiwaniach wobec niej, co do postępowania z dzieckiem. Ponieważ kobieta nie jest zdolna sprostać tym wymaganiom wzrasta ryzyko konfliktów pomiędzy małżonkami.

Dodatkowy punkt zapalny stanowić może mniejsza gotowość (lub jej całkowity brak) do podejmowania przez kobietę współżycia seksualnego. Częściowo jest to związane z utratą libido podczas ciąży, kiedy to zainteresowanie seksualnością, jak również przyjemność z niej płynąca obniżają się (Malarewicz, Szymkiewicz, Rogala, 2006).

Z drugiej strony, jak donoszą badania, prawie 37% ciężarnych kobiet zgłasza wzrost libido, i brak zmian w odczuwanej z podejmowanego współżycia satysfakcji (Pauleta, Pereira, Graca, 2010). Mimo tego, odbywanie stosunków płciowych w okresie ciąży wciąż wzbudza wątpliwości, zaś rezultaty badań wskazują na zmniejszenie aktywności seksualnej w tym okresie zwłaszcza w III trymestrze ciąży (Pauleta, Pereira i Graca, 2010).

Być może przyszłe matki, nawet jeśli w związku z wahaniami poziomu hormonów odczuwają silne potrzeby seksualne, rezygnują z ich zaspokojenia ze względu na obawy o stan zdrowia płodu. Rezygnacja z życia seksualnego w okresie ciąży może być podyktowana również postrzeganiem siebie, jako mniej atrakcyjnej partnerki w związku z dolegliwościami somatycznymi towarzyszącymi ciąży - w badaniach LaRossa (1979) z udziałem ciężarnych kobiet i ich partnerów, przyszłe matki dwukrotnie częściej niż mężczyźni wymieniali mniejszą atrakcyjność seksualną jako przyczynę rezygnacji i/lub ograniczenia podejmowanego współżycia.

Wciąż nieliczne są natomiast doniesienia podejmujące problem częstotliwości i jakości współżycia seksualnego wśród kobiet, u których wystąpiły objawy depresji poporodowej. Dowiedzione natomiast zostało, że kobiety cierpiące na depresję poporodową zgłaszają, że brakuje im intymności w związku (Robinson i in., 1989) oraz że nie czują się kochane oraz otoczone satysfakcjonującą opieką przez swoich współmałżonków (Braverman, Roux, 1978). Spodziewając się pewnych zależności pomiędzy tymi dwoma zmiennymi, Huang i Mathers (2006) przeprowadzili porównawcze badania dotyczące satysfakcji seksualnej wśród kobiet po porodzie z depresją poporodową w Wielkiej Brytani (n=50) i na Tajwanie (n=101). Wyniki tych międzykulturowych studiów potwierdziły wstępne ogólne przypuszczenia - w obu kulturach zarówno czynniki emocjonalne (np. niepokój o dziecko), jak i czynniki fizyczne (np. nacięcie krocza podczas porodu) determinowały aktywność seksualną kobiet po porodzie. Co ciekawe, 10 do 14% z porównywanych grup łącznie wskazywało na obecność obaw związanych ze współżyciem po porodzie, podczas gdy jednocześnie, 87-91% kobiet przyznało się do współżycia seksualnego od 1 do 2 razy w tygodniu podczas ciąży. Zależności pomiędzy depresją poporodową a różnymi aspektami podejmowanego współżycia seksualnego po narodzinach dziecka różniły się w zależności od kultury, z jakiej pochodziły badane. U Brytyjek dostrzeżono ujemną korelację depresji poporodowej oraz seksualnej pewności siebie sferze seksualnej (ang. *sexual self-confidence*). Dodatkowo, zgłaszane przez nie brak satysfakcji z pożycia seksualnego, brak wystarczających informacji

dotyczących współżycia po porodzie oraz lęk związany z seksem po porodzie zwiększały ryzyko wystąpienia objawów depresji poporodowej. W przypadku grupy z Tajwanu istotnie silna okazała się korelacja słabych relacji ze współmałżonkiem i niski poziom seksualnej pewności siebie z depresją poporodową.

Tematyka aktywności seksualnej i jej jakości w okresie połogu, ujęta w perspektywie konsekwencji depresji poporodowej u kobiety wciąż nie została dostatecznie zbadana. Nieliczne ze współczesnych badania wskazują, że wyższe wskaźniki depresji współwystępują wraz ze spadkiem poziomu życia seksualnego (Faisal-Cury i in., 2013).

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że chociaż dotychczasowe rezultaty poszukiwania zależności pomiędzy depresją poporodową a życiem seksualnym pokazują, że depresyjne kobiety mniej chętnie wznawiają współżycie seksualne w okresie pierwszych 6 miesięcy po porodzie i zgłaszają więcej problemów w obszarze zdrowia seksualnego, Morof, Barrett, Peacock i Victor (2003), zalecają dokładniejszą obserwację tych zmiennych. Twierdzą bowiem, że wyprowadzenie prostej zależności pomiędzy depresyjnymi zaburzeniami nastroju a podejmowaniem współżycia seksualnego i jego jakością po porodzie jest na chwilę obecną nadinterpretacją. Nie wiadomo bowiem, czy słabe zainteresowanie i niska satysfakcja z życia seksualnego jest tak naprawdę symptomem choroby czy też jej konsekwencją.

Negatywne skutki depresji poporodowej odnotowano także w sferze kontaktów z innymi ludźmi. Kobiety przeciążone obowiązkami wynikającymi z macierzyństwa i jednocześnie niezdolne by im sprostać, ze względu na objawy choroby, wycofują się z relacji z otoczeniem w obawie przed oceną ich wartości jako matek. Objawy choroby czynią je dodatkowo mniej odporne na krytykę i bardziej skłonne do personalnego odczytywania uwag i porad dotyczących wychowywania dziecka (Bennet, Indman, 2003).

Peidhl i in. (1995) dowiedli ponadto w swoich badaniach, że przebycie depresji poporodowej może istotnie wpływać na dalsze decyzje prokreacyjne i drastycznie zmieniać plany posiadania kolejnych dzieci. w przytaczanych badaniach zmiany o takim charakterze wystąpiły w postawach 32% spośród 268 ankietowanych kobiet (kryterium włączenia do badań stanowiła diagnoza poporodowych zaburzeń psychicznych). Badane tłumaczyły je obawami przed nawrotem dolegliwości w następnej ciąży, konsekwencjami doświadczanych trudności dla otoczenia, w tym trudnościami w nawiązywaniu więzi z dzieckiem, oraz kosztami leczenia i koniecznością hospitalizacji (Peindl i in., 1995).

Iwanowicz, Makara-Studzińska i Prażmowska (2009) wśród skutków depresji poporodowej i jej powikłań wymieniają jeszcze:

- istotne trwałe obniżenie poczucia własnej wartości, w szczególności w kontekście bycia matką;
- poczucie żalu wywołane „stratą” pierwszego roku życia dziecka;
- opóźnienie nawiązania bliskiej więzi pomiędzy matką a dzieckiem;
- zmiany w zachowaniu starszego rodzeństwa;

- negatywne nastawienie do kolejnej ciąży;
- problemy małżeńskie i będące ich konsekwencją rozwody.

W tabeli 2 znajduje się zestawienie konsekwencji depresji poporodowej, z uwzględnieniem tych, które odnoszą się do dziecka (zarówno związane z opieką nad nim, jak i jego rozwojem), do funkcjonowania kobiety cierpiącej na depresję, jak również związane z otoczeniem.

Tabela 2. Konsekwencje depresji poporodowej dla dziecka, matki i otoczenia

Konsekwencje depresji poporodowej dla dziecka	Konsekwencje depresji poporodowej dla matki	Konsekwencje depresji poporodowej dla otoczenia
Niechęć do nawiązywania interakcji z dzieckiem	Trudności w pełnieniu roli matki	Konflikty w relacjach z innymi członkami rodziny
Trudności w tworzeniu się więzi z dzieckiem	Konflikty małżeńskie	Zaniedbywanie bliskich, w tym pozostałych dzieci
Agresywne zachowania wobec dziecka	Trudności w sferze seksualnej*	
Ryzyko dzieciobójstwa*	Niechęć do posiadania kolejnych dzieci*	
Trudności związane z prawidłowym rozwojem dziecka w sferze społecznej, poznawczej i emocjonalnej	Wycofanie z kontaktów społecznych	
	Ryzyko samobójstwa*	

* zależność rzadko występująca bądź potwierdzona w nielicznych badaniach; Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Depresja poporodowa dotyka matki na całym świecie. Ze względu na długoterminowe konsekwencje i destrukcyjny wpływ objawów na więź matki z dzieckiem (a tym samym pośrednio i bezpośrednio na prawidłowy jego rozwój), relacje chorej kobiety ze współmałżonkiem, rodziną i otoczeniem, depresja poporodowa stanowi istotny problem z perspektywy zdrowia publicznego. Powrót do równowagi wymaga czasu i wsparcia psychologicznego lub psychoterapii, niekiedy wspomaganym także leczeniem farmakologicznym. Bez profesjonalnej pomocy, proces zdrowienia może być znacznie utrudniony a nawet niemożliwy.

Bibliografia:

- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington DC.
- Banasiak-Parzych, B. (2007). *Depresja poporodowa. Przyczyny, skutki, zapobieganie*. Warszawa: wydawnictwo Koldruk.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, C.T. (1996a). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 45, 98-104.
- Beck, Ch.T. (1996b). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45 (5), 297-303.
- Bennet, S.S., Indman, P. (2003). *Beyond the blues. a guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression*. San Jose, California: Moodswings Press.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Bodnar-Deren, S., Klipstein, K., Fersh, M., Shemesh, E., Howell, E.A. (2016). Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *Journal of Women's Health*, 25 (12), 1219-1224.
- Braverman, J., Roux, J.F. (1978). Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology*, 52, 731-736
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Brockington, I.F., Cox-Roper, A. (1988). The nosology of puerperal mental illness, (in:) I.F. Brockington i R. Kumar (eds.) *Motherhood and Mental Illness 2: Causes and Consequences* London: Wright.
- Brummelte, S., Galea, L.A.M. (2016). Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153-166.
- Budrowska, B. (2000). *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Warszawa: Wydawnictwo Funna.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15 (3), 243-255.
- Chun-Chong, L., Vistanis, P. (2004). Perceived Mother-Infant Relationship Difficulties in Postnatal Depression. *Infant and Child Development*, 13, 159-171.
- Condon, J.T., Corkindale, C.J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 57-76.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development

- of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Deave, T., Johnson, D., Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30.
- Denno, D.W. (2003). Who is Andrea Yates? a Short Story About Insanity, *Duke Journal of Gender Law & Policy*, 10; 1-140.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., Windstrom, A.M. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (1), 62-71.
- Essex, M., J., Klein, M.H., Miech, R., Smider, N.A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry*, 179, 151-156.
- Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan, Y.F., Menezes, P.R. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *The Journal of Sexual Medicine*, 10 (5), 1343-1349.
- Galler, J.R., Ramsey, F.C. Harrison, R.H., Taylor, J., Cumberbatch, G., Forde, V. (2004). Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1064-1075.
- Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, Dienes A, Wallwiener M, Sohn C. i wsp. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Arch. Womens Ment. Health*, 17, 49-56.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., i in. (2005). *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gelaye, B., Rondon, M.B., Araya, R., Williams, M.A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3 (10); 973-82.
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: a narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 60.
- Gilbert, P. (2004). Depression: a biopsychosocial, integrative, and evolutionary approach, (in:) *Mood disorders – a handbook of science and practice*, M. Power (ed.), 99-142, Chichester, UK; John Wiley and Son.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39, 1083-1094.
- Hogberg, U., Innala, E., Sandstrom, A. (1994). Maternal mortality in Sweden, 1980-1988.

- Obstetrics and Gynecology*, 84, 240-244.
- Huang, Y.C., Mathers, N.J. (2006). a comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review*, 53, 197-204.
- Huysman, A. (2003). *The postpartum effect. Deadly depression in mothers*. New York: Seven Stories Press.
- ICD-10. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Iwanowicz-Palus, G., Makara-Studzińska, M., Prażmowska, B. (2009). Profilaktyka zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego, (w:) *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Makara-Studzińska, M. i Iwanowicz-Palus, G. (red.), 214-222.
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T. B., Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of perinatal depression on children's social-emotional development: a longitudinal study. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 607-615
- Keizer, R. (2013), *Relationship satisfaction*, (in:) A.C. Michalos (ed.), *Encyclopedia of Quality of Life Research*: Springer.
- Kendall-Thackett, K. (2005). *Depression in new mothers – causes, consequences and treatment alternatives*. New York, London, Oxford: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Kersten-Alvarez, L.E., Hosman, C.M.H., Riksen-Walraven, J.M., Doesum, K.T.M., Smeekens, S., Hoefnagels, C. (2012). Early School Outcomes for Children of Postpartum Depressed Mothers: Comparison with a Community Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43 (2), 201-18.
- Kingston, D., Tough, S., Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 683-714
- Kościelska, M. (1998). *Trudne Macierzyństwo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- LaRossa, R. (1972). Sex during pregnancy: a symbolic interactionist analysis. *The Journal of Sex Research*, 15 (2), 119-128.
- Laurent, H.K., Ablow, J.C. (2013). a face a mother could love: depression-related maternal neural responses to infant emotion faces, *Social Neuroscience*, 8 (3), 228-239.
- Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002) .The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 4, 253-266.
- Liem, M., Koenraadt, F. (2008). Filicide: a comparative study of maternal versus paternal child homicide. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18 (3), 166-176.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H. (1989). Family deviance and family disruption

- in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first two years of life, *Development and Psychopathology*, 1, 219-236.
- Malarewicz, A., Szymkiewicz, J., Rogala, J. (2006). Seksualność kobiet w ciąży, *Ginekologia Polska*, 77 (7), 733-737.
- Meyer, Ch.L., Oberman, M. (2001). *Mothers who kill their children*. New York and London, New York University Press.
- Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., Gemmill, A. W. (2006). Stressful impact of depression on early mother-child relations. *Stress and Health*, 22, 229-238.
- Morof, D., Barrett, G., Peacock, J., Victor, Ch.R. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 102 (6), 1318-1325.
- Myers, S., Johns, S.E. (2018). Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality. *PeerJ*, 6: e4305.
- Nguyen, P.H., Friedman, J., Kak, M., Menon, P., Alderman, H. (2018). Maternal depressive symptoms are negatively associated with child growth and development: Evidence from rural India. *Maternal & Child Nutrition*, 14, e12621.
- Nieland, M.N.S., Roger, D. (1997). Symptoms in post-partum and non-post-partum samples: implications for postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15, 31-42.
- Noppe, I., Noppe, L., Hughes, F. (1991). Stress as a predictor of the quality of parent-infant interactions, *The Journal of Genetic Psychology*, 152 (1), 17-28.
- O'Hara, M.W, McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9 (1), 379-407.
- O'Hara, M.W. (1985). Depression and marital adjustment during pregnancy and after delivery. *American Journal of Family Therapy*, 13, 49-55,
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates, *Frontiers in Psychiatry*, 7, 138.
- Palladino, C. L., Singh, V., Campbell, J., Flynn, H., Gold, K. J. (2011). Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstetrics and Gynecology*, 118 (5), 1056-1063.
- Pauleta J.R., Pereira, N.M., Graca, L.M. (2010). Sexuality during pregnancy, *Journal of Sexual Medicine*, 7, 136-142.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D. O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107, 241-245.
- Peindl, K.S., Zolnik, E.J., Wisner, K.L. Hanusa, B.H. (1995). Effects of postpartum psychiatric illnesses on family planning. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 25 (3), 291-300.

- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 122, 1325-1335.
- Robinson, G.E., Olmsted, M.P., Garner, D.M. (1989). Predictors of postpartum adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 561-565.
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Allen, H., Kumar, R. (2005). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1315-1337.
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *American Journal of Psychiatry*, 161 (9), 1548-1557.
- Teti, D. M., Towe-Goodman, N., Gonzalez, M. (2019). *Postpartum Depression, Effects on Infant*. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier.
- Teti, D.M., Crosby, B. (2012). Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: the role of maternal nighttime behaviour, *Child Development*, 83 (3), 939-953.
- Wang, S., Chen, C., Chin, C., Lee, S. (2005). Impact of postpartum depression on the mother-infant couple, *Birth*, 32 1, 39-44.
- Wasilewska-Pordes, M. (2000). *Depresja porodowa*. Kraków: Wydawnictwo Radamsa.
- Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R, Gammon, G.D., Prusoff, B.A. (1984). Depression and Anxiety Disorders in Parents and Children: Results From the Yale Family Study, *Archives of General Psychiatry*, 41 (9), 845-852.
- Whiffen, V.E., Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 274-279.