

KAROLINA KOSSAKOWSKA-PETRYCKA*, KATARZYNA WAŁĘCKA-MATYJA**

* Zakład Psychologii Sądowej
Instytut Psychologii UŁ

** Zakład Psychologii Rodziny i Rozwoju Człowieka
Instytut Psychologii UŁ

DEPRESYJNE ZABURZENIA NASTROJU U KOBIET PO NARODZINACH DZIECKA

WPROWADZENIE

Termin depresja poporodowa (ang. *postpartum depression*, PPD) funkcjonuje w nomenklaturze medycyny i psychologii stosunkowo niedługo, bo zaledwie od końca XX w., jednak zaburzenia emocjonalne w okresie połogu dostrzeżono już w starożytności. W 460 r. p.n.e. Hipokrates opisał zjawisko gorączki poporodowej, łącząc je z czynnikami endogennymi, tj. wędrówką wydzielin wewnątrzustrojowych do mózgu, mającą rzekomo wywoływać niepokój, majaczenia i ataki manii (L e o p o l d, Z o s c h n i k, 2001).

W XVIII w. przyczyn poporodowych zaburzeń psychicznych doszukiwano się w nieprawidłowych przemianach wewnątrzustrojowych, a sto lat później – w urazowej sytuacji porodu (M a r s h a l l, 1993).

Próby dokładnego zbadania wyjaśnienia genezy oraz obrazu zaburzeń poporodowych podjęte zostały dopiero w latach 70. XX w. w związku z dynamicznym rozwojem nauk medycznych i społecznych, głównie w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych.

Zaowocowało to wyróżnieniem trzech typów poporodowych zaburzeń nastroju, zróżnicowanych pod względem czasu trwania, objawów oraz skutków, jakie wywołują (W a s i l e w s k a - P o r d e s, 2000).

Ponadto od 1992 r. zjawisko depresji poporodowej zostało wyodrębnione jako osobna jednostka nozologiczna. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w ostatniej wersji DSM-IV zamieściło określenie początku choroby po porodzie w odniesieniu do psychotycznych oraz niepsychotycznych poporodowych zaburzeń psychicznych, natomiast w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych

i Zaburzeń Zachowania według ICD-10 zaburzenia psychiczne związane z porodem znalazły miejsce w następujących formach:

1) F53.0 – łagodne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, związane z położeniem, a niewykazane w innym miejscu:

- depresja poporodowa,
- depresja poporodowa;

2) F53.1 – ciężkie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z położeniem, a niewykazane w innym miejscu:

– psychoza poporodowa (Steiner, Yonkers, 1999; Pużyński, Wciórka, 2000).

Pod względem objawów klinicznych depresja, która występuje po narodzinach dziecka, podobna jest do każdego innego rodzaju depresji, natomiast niezwykła jest sytuacja, w której się pojawia. Prawdopodobnie ze względu na specyficzne okoliczności tej sytuacji B. Pitt (1968) określił depresję poporodową mianem atypowej, czyli różniącej się od depresji klasycznej (endogennej) większym nasileniem symptomów neurotycznych, przyćmiewających inne objawy (Pitt, 1968).

KLASYFIKACJA POPORODOWYCH ZABURZEŃ NASTROJU

Jak wspomniano wcześniej, w zależności od częstotliwości występowania, czasu trwania, nasilenia objawów oraz patogenezy wyróżniono trzy typy poporodowych zaburzeń nastroju: smutek poporodowy, depresja poporodowa i psychoza poporodowa. Poniżej zamieszczono krótką charakterystykę tych zaburzeń.

Smutek poporodowy (ang. *postpartum blues*, *baby blues*) jest dość powszechną reakcją na nową sytuację, jaką stanowią narodziny dziecka. Dotyka ona ok. 39–85% kobiet, które po raz pierwszy doświadczają sytuacji porodu i położu (Bielawska-Batorowicz, 1987).

Reakcja ta pojawia się w ciągu pierwszych 14 dni po porodzie i charakteryzuje się obniżonym nastrojem, wybuchami płaczu, drażliwością i wahaniami nastroju, nerwowością, lękiem, zaburzeniami snu oraz łaknienia (Wasilewska-Pordes, 2000).

Smutek poporodowy warunkują głównie zmiany hormonalne oraz depresyjne zaburzenia emocjonalne w trakcie trwania ciąży. Matki cierpiące z powodu tej formy poporodowych zaburzeń nastroju wracają do równowagi psychicznej najpóźniej około trzeciego miesiąca życia dziecka, bez konieczności leczenia psychiatrycznego, głównie dzięki udzielonemu wsparciu otoczenia (Bielawska-Batorowicz, 1987).

Drugi z wymienionych wyżej typów poporodowych zaburzeń nastroju stanowi depresja poporodowa. Występuje głównie w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie dziecka i dotyka ok. 10–20% nowych matek (Wasilewska-Pordes, 2000).

Badacze problemu (Pitt, 1968; Oakley, Chamberlain, 1981; O'Hara, 1984) szacują, iż czas trwania depresji poporodowej wynosi przeciętnie 3–20 tygodni po porodzie, a u 40% kobiet nawet do roku (za: Wasilewska-Pordes, 2000).

Do symptomów depresji poporodowej zaliczane są najczęściej: drażliwość, obniżenie nastroju, przygnębienie, zmęczenie, osłabienie zainteresowań (w tym zainteresowań seksualnych), poczucie winy z powodu niewywiązywania się z roli matki, lęk o dziecko, negatywna ocena własnych kompetencji w roli matki oraz osłabienie koncentracji uwagi (Wasilewska-Pordes, 2000).

Trzeci rodzaj opisywanych poporodowych zaburzeń nastroju to psychoza poporodowa (ang. *postpartum psychosis*). Stanowi ona najpoważniejszą, choć stosunkowo rzadko występującą postać depresji. Dotyka jedną spośród 500–1000 matek. Choroba pojawia się w drugim–czwartym tygodniu po narodzinach dziecka, zaś w jej obrazie zawarte są różnorakie zaburzenia o charakterze psychotycznym, jak schizofrenia, cyklofrenia, depresja czy paranoja (Wasilewska-Pordes, 2000).

Najważniejsze symptomy psychozy poporodowej zbliżone są do objawów osiowych depresji endogennej, takich jak: obniżenie nastroju, spadek napędu psychoruchowego, zaburzenia funkcjonowania procesów fizjologicznych, urojenia, halucynacje, epizod maniakalny, epizod depresyjny oraz myśli samobójcze. Czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia psychozy poporodowej są wcześniejsze zaburzenia o charakterze dwubiegunowym u matki oraz obciążenie psychopatologią w rodzinie. Długość trwania psychozy poporodowej zależy od cech osobowościowych i przebiegu terapii. Leczenie wymaga najczęściej hospitalizacji i farmakoterapii (Pużyński, 1988).

W niniejszym artykule skoncentrowano się na jednym ze scharakteryzowanych powyżej poporodowych zaburzeń nastroju, a mianowicie na depresji poporodowej. Z przeglądu literatury dotyczącej tej problematyki wynika, że występuje ona stosunkowo często u kobiet po raz pierwszy podejmujących rolę matki. W związku z tym istotne wydaje się przekazywanie i poszerzanie wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań mających wpływ na jej występowanie.

CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI POPORODOWEJ

Badacze zajmujący się etiologią depresji poporodowej są zgodni w opinii, że jest ona złożona i wieloczynnikowa (Pużyński, 1988; Leopold, Zoschnik, 2001). Mimo to europejskie i amerykańskie badania z ostatniego 20-lecia zwracają uwagę na cztery najczęściej występujące grupy czynników ryzyka depresyjnych zaburzeń poporodowych. Należą do nich: zmienne demograficzne, czynniki ginekologiczno-położnicze, czynniki biologiczne oraz czynniki o charakterze psychologiczno-społecznym (Wasilewska-Pordes, 2000).

ZMIENNE DEMOGRAFICZNE A WYSTĘPOWANIE DEPRESYJNYCH ZABURZEŃ POPORODOWYCH

Do zmiennych demograficznych zaliczane są: wiek, płeć, poziom wykształcenia oraz status społeczno-ekonomiczny. Poniżej omówiono ich rolę w genezie PPD.

Wśród badaczy zajmujących się problematyką PPD zdania na temat wieku matki jako czynnika ryzyka jej wystąpienia są podzielone. Niektórzy badacze donoszą, że depresja tego okresu koreluje z późniejszym wiekiem matki (Kumar, Robson, 1984) natomiast inni (Parkel, 1980; Feggetter, 1981; O'Hara, 1984) wskazują na częstsze występowanie depresji poporodowej u kobiet młodszych (za: Wasilewska-Pordes, 2000).

Analizy wyników 17 prac podejmujących temat etiologii PPD przeprowadzone przez O'Hare wskazują także, iż związek między wiekiem a depresją poporodową znalazł potwierdzenie jedynie w pięciu z nich (Wasilewska-Pordes, 2000).

Kolejny z wyróżnionych czynników ryzyka wystąpienia PPD – płeć nie budzi tylu kontrowersji. Wyniki badań z tego zakresu informują jednoznacznie o większym odsetku kobiet niż mężczyzn cierpiących na poporodowe zaburzenia nastroju. Autorzy szacują, że w przybliżeniu 10% całej populacji mężczyzn może doświadczać depresyjnych zaburzeń nastroju związanych z sytuacją poporodową (Ballard, Davis, 1994; Soliday, McCluskey-Fawcett, O'Brien, 1999).

Nie oznacza to jednak, że mężczyźni w ogóle nie doświadczają negatywnych objawów fizycznych i psychologicznych, które mogą pojawić się po narodzinach dziecka (Marks, Lovestone, 1995).

W tym przypadku nie można jednak mówić ani o *baby blues*, ani o psychozie poporodowej, są one bowiem uwarunkowane głównie biologicznie. Termin „poporodowa” dotyczy zatem jedynie czasu występowania, a nie uwarunkowań

tych zaburzeń u mężczyzn, zaś występujące u ojców zmiany nastroju mają podłoże wyłącznie psychospołeczne. Wśród czynników ryzyka wymieniane są najczęściej: depresja poporodowa u małżonki, niski poziom satysfakcji małżeńskiej, brak wsparcia społecznego, wysoki poziom neurotyzmu oraz niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna (Marks, Lovestone, 1995).

Jak wynika z przeprowadzonych badań, hipoteza, jakoby zdobyte wykształcenie zwiększało poczucie bezpieczeństwa i przyczyniało się do spadku prawdopodobieństwa wystąpienia depresji, nie została potwierdzona naukowo (Wasilewska-Pordes, 2000).

Udowodniono natomiast zdecydowany związek poporodowych zaburzeń nastroju z trudną sytuacją społeczno-ekonomiczną. Utrata pracy, kłopoty finansowe spowodowane narodzinami dziecka lub zwiększone z tego powodu, szczególnie w połączeniu z faktem bycia samotną matką, rzutują negatywnie na samopoczucie kobiety, a w konsekwencji mogą stać się przyczyną depresji (Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, Manzano, 1998; Sequin, Potvin, St-Denis, Loiselle, 1999).

Uzyskane rezultaty badawcze wskazują także na większą istotność wpływu ciąży nieplanowanej niż planowanej na występowanie depresyjnych zaburzeń nastroju u kobiet (Bielawska-Batorowicz, 1987).

CZYNNIKI GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZE JAKO DETERMINANTY DEPRESYJNYCH ZABURZEŃ NASTROJU

Wśród czynników ginekologiczno-położniczych ściśle związanych z sytuacją porodu w literaturze przedmiotu wyróżniane są: komplikacje w trakcie ciąży i porodu oraz sposób karmienia (Wasilewska-Pordes, 2000).

Choć niektórzy badacze (Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, Manzano, 1998; Nielsen, Videbech, Hedegaard, Dalby, Secher, 2000) wymieniają złe doświadczenia porodowe jako czynnik ryzyka wystąpienia PPD u kobiet, nie odnotowano związku między komplikacjami występującymi w trakcie ciąży lub samego porodu a występowaniem depresji poporodowej (Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, Manzano, 1998; Nielsen, Videbech, Hedegaard, Dalby, Secher, 2000).

W etiologii depresji poporodowej podobnie przedstawia się problem karmienia piersią. Część prac z tego zakresu w ogóle nie potwierdza zależności depresyjnych zaburzeń nastroju od sposobu karmienia. W pracach innych badaczy (Marshall, 1993) zwraca się natomiast uwagę na silną presję społeczną w związku z przekonaniem o wyższości karmienia naturalnego nad tzw. pokarmem sztucznym. Niezależnie od dobroczynnego wpływu karmienia

piersią należy mieć na uwadze fakt, iż kobiety w depresji często unikają kontaktów ze swoimi dziećmi, choćby ze względu na strach przed zrobieniem im krzywdy lub z powodu poczucia winy. Wówczas karmienie piersią rzeczywiście może stać się kolejnym wymogiem macierzyństwa, któremu nie potrafią sprostać, a tym samym kolejnym czynnikiem ryzyka pojawienia się u nich symptomów PPD (Marshall, 1993).

BIOLOGICZNE UWARUNKOWANIA DEPRESYJNYCH ZABURZEŃ POPORODOWYCH

Do czynników biologicznych biorących udział w powstawaniu depresyjnych zaburzeń nastroju zalicza się zmiany hormonalne, tj. wahania poziomu estrogenów, progesteronu, kortyzolu i prolaktyny. Zmiany nastroju mają miejsce w tym samym czasie co wahania gospodarki hormonalnej związane z ciążą i porodem, stąd hipoteza, że zachodzi między nimi związek przyczynowo-skutkowy. Badania nad tą zależnością nie przyniosły jednak rozstrzygających rezultatów. W jednym przypadku dostrzeżono korelację wysokiego poziomu kortyzolu z przygnębieniem poporodowym, zaś w innych badaniach nie otrzymano podobnych wyników (Steiner, Yonkers, 1999).

Taka sama sytuacja dotyczy wyników badań nad wpływem estrogenów i progesteronu na występowanie PPD (Wasilewska-Pordes, 2000).

Przeprowadzone zostały natomiast testy, które wskazują, że oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa jest tuż po porodzie fizjologicznie nadczynna. Z tego względu pomiary wzdłuż osi nie mogą stanowić wskaźnika depresji (Steiner, Yonkers, 1999).

ROLA CZYNNIKÓW PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNYCH W POWSTAWANIU DEPRESYJNYCH ZABURZEŃ NASTROJU

Najliczniejszą grupę czynników ryzyka wystąpienia PPD stanowią czynniki psychologiczno-społeczne. Należą do nich: stres w czasie ciąży i/lub porodu, samopoczucie w czasie ciąży, zmiany życiowe po narodzinach dziecka, wyobrażenia na temat macierzyństwa, wsparcie społeczne, cechy osobowości, jakość związku małżeńskiego, a także osobista i rodzinna sytuacja psychiatryczna (Wasilewska-Pordes, 2000).

Samo doświadczenie ciąży i porodu jest na tyle stresującym zjawiskiem, że stanowi jeden z ważniejszych czynników wpływających na pojawienie się depresji. W badaniach z tego zakresu potwierdzono bezpośredni związek między

poporodowymi zaburzeniami depresyjnymi a wysokim poziomem stresu w czasie ciąży i po porodzie (Terry, Mayocchi, Hynes, 1996).

Bardzo często przyczyny przeżywania silnego stresu stanowią stany zagrożenia ciąży, czynniki patologiczne oraz powikłania w okresie ciąży w postaci chorób somatycznych kobiety ciężarnej. W przypadku ciąży wysokiego ryzyka, czyli zagrożonej chorobą matki, poronieniem lub przedwczesnym porodem, kobieta jest narażona na doświadczanie długotrwałego stresu psychologicznego, którego nasilenie może przekraczać jej zdolności adaptacyjne. Być może właśnie ów stres wpływa w znacznej mierze na samopoczucie w podczas ciąży i przed porodem, będące następnym istotnym predykatorem poporodowych zaburzeń depresyjnych (Studen, Symona, 2003).

S. Glasser, V. Barell i V. Boyko (2000) wśród czynników najbardziej predysponujących do wystąpienia PPD u kobiet wymieniają symptomy depresji w trakcie ciąży. Z przeprowadzonych badań wiadomo również, że reakcje depresyjne w trakcie ciąży są najczęściej zapowiedzią depresji poporodowej (Steiner, Yonkers, 1999; Glasser, Barell, Boyko, 2000).

Nie ulega wątpliwości, że pojawienie się dziecka w rodzinie powoduje dramatyczne zmiany w jej funkcjonowaniu, mające istotny wpływ na wystąpienie depresji poporodowej. Noworodek jest istotą całkowicie niesamodzielną, wymagającą ciągłej opieki, co sprawia, że matka jest permanentnie niewyspana i zmęczona. W związku z rozpowszechnionym mitem zawsze zadowolonego i uśmiechniętego dziecka w ramionach szczęśliwej mamy wyobrażenia i oczekiwania kobiety, nim stanie się matką, mogą sprzyjać tworzeniu nierealistycznego i zbyt optymistycznego wizerunku macierzyństwa, który nie przygotowuje do radzenia sobie z trudną rzeczywistością. W celu sprostania wymaganiom zaistniałej sytuacji może ona wykorzystywać mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie, przeniesienie, co może sprzyjać występowaniu depresji poporodowej (Weaver, Ussher, 1998; Formicelli, 2001).

Ta rozbieżność często prowadzi do poczucia nieadekwatności w pełnieniu nowej roli i związanych z nią obowiązków, co z kolei może pociągać za sobą głębokie emocjonalne dolegliwości (Matlin, 1987).

Niezwykle ważnym czynnikiem psychologiczno-społecznym mającym swój udział w uwarunkowaniach depresji okresu okołoporodowego jest oferowane wsparcie społeczne zarówno emocjonalne, instrumentalne, jak i informacyjne oraz umiejętność korzystania z niego lub też jej brak (Bielawska-Batorowicz, 1995).

Sytuacja, w jakiej znajduje się kobieta po urodzeniu dziecka, jest dla niej na tyle trudna i wymagająca, iż rola wsparcia społecznego jest ogromna. Szczególnie istotne i pożądane źródło wsparcia stanowi wówczas najbliższa rodzina, a głównie partner życiowy. Ważną rolę spełnia także personel medyczny, z którym kobieta ma kontakt. Wyniki badań wskazują, iż kobiety otrzymujące więcej wsparcia społecznego, szczególnie emocjonalnego, lepiej radziły sobie

w okresie poporodowym niż te, które wsparcia nie otrzymywały (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, 1993).

Jednak nie tylko brak oferowanego wsparcia czy umiejętności korzystania z niego stanowi czynnik predysponujący do wystąpienia depresji poporodowej, lecz również jego mało satysfakcjonująca forma. Najprawdopodobniej dzieje się tak dlatego, że wsparcie społeczne, szczególnie ze strony partnera życiowego, spełnia funkcję bufora chroniącego przed stresem (Sek, 1998).

Spośród cech osobowościowych sprzyjających powstawaniu zaburzeń depresyjnych na uwagę zasługuje przede wszystkim wysoki poziom neurotyzmu, który zgodnie z wynikami badań trzykrotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia poporodowych zaburzeń depresyjnych. Z drugiej strony, dostrzeżono dodatnią zależność optymizmu i wysokiego poziomu *self-esteem* z mniejszą liczbą symptomów obniżonego nastroju (Fontaine, Jones, 1997; Wasilewska-Pordes, 2000).

Ostatnim czynnikiem zaliczanym do grupy uwarunkowań psychologiczno-społecznych jest jakość związku małżeńskiego. Wielu autorów podkreśla rolę zakłóconych relacji małżeńskich w występowaniu depresji poporodowej. Depresja poporodowa występuje znacznie częściej u matek, które przeżywają kryzys małżeński lub pozostają w mało satysfakcjonującej relacji z partnerem, co z kolei sugeruje mniejsze wsparcie z jego strony. Tymczasem właśnie brak wsparcia ze strony partnera życiowego wydaje się odgrywać najważniejszą rolę w rozwoju depresyjnych zaburzeń nastroju związanych z narodzinami dziecka (Mauthner, 1998).

Omawiając czynniki biorące udział w etiopatogenezie depresji poporodowej, nie można także pominąć historii psychiatrycznej kobiety, będącej matką. P. J. Cooper i L. Murray (1998) zwracają uwagę na fakt, że pacjentki z przebytymi dwubiegunowymi zaburzeniami afektywnymi, niezwiązanymi z ciążą i narodzinami dziecka, stanowią grupę ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

PODSUMOWANIE

W świetle przedstawionych w niniejszym artykule doniesień badawczych z zakresu problematyki poporodowych zaburzeń nastroju wynika, że depresyjne zaburzenia nastroju związane z okresem popołogowym uwarunkowane są wieloma czynnikami i mają negatywne konsekwencje nie tylko dla funkcjonowania kobiety, lecz również dla kształtowania się jej relacji z partnerem, rodziną, a przede wszystkim dla rozwoju dziecka zarówno w okresie niemowlęctwa, jak i późniejszym (Boath, Pryce, Cox, 1998).

Wynika to z faktu, iż osobowościowe i emocjonalne trudności stanowią poważną przeszkodę w pełnieniu roli matki, utrudniając emocjonalny kontakt z dzieckiem, wpływając na jakość opieki nad nim i jednocześnie osłabiając poczucie wartości kobiet. Na skutek depresji matka może być również niezdolna do empatycznego kontaktu z niemowlęciem i reagować odrzuceniem go. Tymczasem okres od drugiego do szóstego miesiąca po narodzinach jest niezwykle istotny w życiu dziecka, gdyż właśnie wtedy interakcje między matką a noworodkiem szczególnie kształtują jego doświadczenia poznawcze, emocjonalne i społeczne, istotne dla późniejszych związków z innymi ludźmi (Coyne, Kahn, Gotlib, 1986; Edhborg, Lundh, Seimyr, Windstrom, 2001).

Z przeprowadzonych badań wynika, że dzieci, których matki przechodziły depresję poporodową, charakteryzuje dużo słabsze zaangażowanie w kontakty społeczne, niski poziom zdolności odczytywania komunikatów o charakterze emocjonalnym, gorsze umiejętności komunikacji interpersonalnej, częstsze poczucie winy i krzywdy w porównaniu z dziećmi, których matki nie cierpiały na PPD (Spinelli, 1998).

Dzieci te są też częściej niż dzieci matek niedepresyjnych zamknięte w sobie, wycofane, mniej radosne i chętne do zabawy, a niestety bardziej predysponowane do zachorowania w przyszłości na depresję (Spinelli, 1998; Edhborg, Lundh, Seimyr, Windstrom, 2001).

Zatem z uwagi na powyższe doniesienia badawcze, związane z problematyką depresji poporodowej, uzasadnione wydaje się przeprowadzenie badań mających na celu poszerzenie wiedzy na temat determinant ryzyka jej wystąpienia oraz podkreślanie w przypadku kobiet cierpiących na PPD potrzeby kontaktu, z lekarzem i z psychologiem.

Proponowane wskazówki praktyczne do oddziaływań terapeutycznych w tym obszarze dotyczyłyby udziału kobiet cierpiących na PPD w spotkaniach grupy wsparcia, umożliwiającej wymianę doświadczeń, zdobycie umiejętności przewartościowywania sytuacji, korzystania z zasobów wsparcia społecznego, trening kontroli emocji oraz budowanie relacji międzyludzkich. Kontakt z innymi osobami, doświadczającymi podobnych problemów, często bowiem stanowi dodatkowy czynnik wpływający na podniesienie jakości życia.

BIBLIOGRAFIA

- Ballard C.G., Davis R. (1994), *Postnatal depression in mothers and fathers*, „British Journal of Psychiatry”, **164**, 166–170
- Bielawska-Batorowicz E. (1987), *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*, „Przegląd Psychologiczny”, **30**, 3, 679–693

- Bielawska-Batorowicz E. (1995), *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Wydawnictwo UŁ, Łódź
- Boath E. H., Pryce A. J., Cox J. L. (1998), *Postnatal depression: The impact on the family*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **16**, 199–203
- Collins N. L., Dunkel-Schetter C., Lobel M. (1993), *Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and post-partum depression*, „Journal of Personality and Social Psychology”, **65**, 11243–1258
- Cooper P. J., Murray L. (1998), *Postnatal depression*, „British Medical Journal”, **316**, 1884–1886
- Coyne J., Kahn J., Gotlib I. H. (1986), *Depresja*, „Nowiny Psychologiczne”, **42–43**, 5–6, 64–88
- 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
- Fontaine K. R., Jones L. C. (1997), *Self-esteem, optimism and postpartum depression*, „Journal of Clinical Psychology”, **53**, 1, 59–63
- Formichelli L. (2001), *Baby blues*, „Psychology Today”, **8**, 24–27
- Glasser S., Barell V., Boyko V. (2000), *Postpartum depression in an Israeli cohort: Demographic, psychosocial and medical risk factors*, „Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology”, **21**, 2, 99–108
- Leopold K. A., Zoschnik L. B. (2001), *Postpartum depression*, <http://www.obgyn.net/femalepatient/default.asp?page=leopold>
- Marks M., Lovestone S. (1995), *The role of the father in parental postnatal mental health*, „British Journal of Medical Psychology”, **68**, 157–168
- Marshall F. (1993), *Coping with postnatal depression*, Sheldon Press, London
- Matlin M. W. (1987), *Pregnancy, childbirth, and motherhood*, [w:] M. W. Matlin (red.), *Psychology of Women*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, 383–384
- Mauthner N. S. (1998), *Re-assessing the importance and role of the marital relationship in postnatal depression: Methodological and theoretical implications*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **16**, 157–175
- Nielsen F. D., Videbech P., Hedegaard M., Dalby S. J., Secher N. J. (2000), *Postpartum depression: identification of women at risk*, „British Journal of Gynaecology”, **107**, 10, 1210–1217
- Pitt B. (1968), *„Atypical” depression following childbirth*, „British Journal of Psychiatry”, **114**, 1325–1335.
- Pużyński S. (1988), *Depresje*. PZWL, Warszawa.
- Pużyński S., Wciórka J. (red.) (2000), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków–Warszawa
- Righetti-Veltama M., Conne-Perreard E., Bousquet A., Manzano J. (1998), *Risk factors and predictive signs of postpartum depression*, „Journal of Affective Disorders”, **49**, 5, 167–180
- Sequin L., Potvin L., St-Denis M., Loiseleur J. (1999), *Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study*, „Women Health”, **29**, 1, 57–72
- Sęk H. (1998), *Wsparcie społeczne jako jeden ze sposobów radzenia sobie z trudnościami i ważna społeczna metoda prewencji*, [w:] H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 493–495
- Soliday E., McCluskey-Fawcett K., O’Brien M. (1999), *Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers*, „American Journal of Orthopsychiatry”, **69**, 1, 30–38

- Spinelli M. G. (1998), *Antepartum and postpartum depression*, „The Journal of Gender-Specific Medicine”, **1**, 2, 33–36
- Steiner M., Yonkers K. (1999), *Depresja u kobiet*, Via Medica, Gdańsk
- Steuden S., Szymona K. (2003), *Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, [w:] J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 109–121
- Terry D. J., Mayocchi L., Hynes G. J. (1996), *Depressive Symptomatology in new mother: A stress and coping perspective*, „Journal of Abnormal Psychology”, **2**, 220–231
- Wasilewska-Pordes M. (2000), *Depresja porodowa*, Wydawnictwo Radamsa, Kraków
- Weaver J. J., Ussher J. M. (1998), *How motherhood changes life – a discourse analytic study with mothers of young children*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **15**, 51–68