

Magdalena Chrzan-Dętkos<sup>1</sup>, Lech Kalita<sup>2</sup>

## ROLA WCZESNEJ INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ W PROFILAKTYCE I TERAPII DEPRESJI POPORODOWEJ

### THE ROLE OF EARLY PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF POSTPARTUM DEPRESSION

<sup>1</sup>Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański

<sup>2</sup>praktyka prywatna, Gdynia

**depression  
postpartum depression  
depression treatment**

#### Streszczenie

*Zaburzenia nastroju w okresie okołoporodowym są powszechnym zjawiskiem wśród matek: depresja po porodzie dotyka około 13–20% kobiet, natomiast w okresie ciąży występuje nawet u 19% ciężarnych. W Polsce brakuje systemowych rozwiązań dotyczących prowadzenia badań przesiewowych, diagnozy i leczenia chorujących na depresję poporodową. Od 2019 roku wprowadzone zostały do Polski nowe standardy opieki okołoporodowej nakładające obowiązek monitorowania stanu psychicznego kobiet w ciąży i po porodzie oraz, związany z tymi zmianami, ogólnopolski program profilaktyki depresji poporodowej realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. W ramach programu prowadzone są m.in. ogólnopolskie badania przesiewowe oraz bezpłatne konsultacje diagnostyczne. Po wprowadzeniu systemu badań przesiewowych powstaje jednak pytanie: jakie leczenie oferować kobietom z diagnozą depresji poporodowej? Rozumiejąc to zaburzenie jako zjawisko o złożonej etiologii, obejmujące między innymi czynniki biologiczne i społeczne, i odpowiadając na to pytanie, szczególną uwagę poświęcimy wymiarowi psychologicznemu. W oparciu o tło teoretyczne, wyniki badań i własne doświadczenia formułujemy praktyczne wskazówki dotyczące realizacji krótkoterminowych, wczesnych interwencji psychologicznych. Przedstawiamy również przykłady zastosowania naszych wytycznych w praktyce.*

#### Summary

Perinatal mood disorders are a common phenomenon among young mothers: postpartum depression affects about 13–20% of women, prenatal depression occurs even in 19% of pregnant women. However, in Poland, there are no systemic solutions regarding screening, diagnosis, and treatment of patients suffering from postnatal depression. From 2019, new standards of perinatal care are introduced to Poland, imposing the obligation to monitor the mental state during pregnancy and in the postpartum period. Furthermore, the Ministry of Health is launching a nationwide program for the prevention of postnatal depression which will include, among others, screening tests and free diagnostic consultations. After the introduction of the screening system, the question arises: what treatment should be offered to women with the diagnosis of postnatal depression? Understanding postnatal depression as a phenomenon of complex etiology, including biological and social factors, to

answer this question, we will devote special attention to the psychological dimension. Based on the theoretical background, research results, and our own experience, we formulate practical guidelines for the implementation of short-term, early psychological interventions. We also present examples of the application of our guidelines in practice.

W niniejszej pracy skoncentrujemy się na zagadnieniu wczesnych interwencji psychologicznych jako metody profilaktyki i terapii depresji poporodowej. Uznając, iż zaburzenia afektywne są zjawiskiem o złożonej etiologii, obejmującej między innymi czynniki biologiczne i społeczne, szczególną uwagę poświęcimy wymiarowi psychologicznemu. Rozumienie czynników psychologicznych opieramy przede wszystkim na koncepcjach psychodynamicznych, akcentujących między innymi trudności w godzeniu się z utratą oraz niedostatki możliwości myślenia o uczuciach jako elementy wpływające na rozwój depresji poporodowej. Po nakreśleniu rozumienia psychologicznego tła zaburzeń depresyjnych związanych z porodem zaprezentujemy krótki przegląd wyników badań wskazujących na istotną rolę interwencji psychologicznych w łagodzeniu i leczeniu zaburzeń afektywnych w okresie okołoporodowym. Sformułujemy kilka wskazówek praktycznych, podkreślając zwłaszcza rolę wczesnych reakcji: zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych, na rozwijające się przeżycia depresyjne. Wczesne interwencje okazują się pomocne, nawet jeśli pomoc ma bardzo ograniczony zakres. Nasze uwagi zilustrujemy przykładami klinicznymi, przedstawiającymi praktyczne zastosowanie wczesnych interwencji wobec osób doświadczających rozwijającej się lub w pełni rozwiniętej depresji poporodowej.

### Depresja poporodowa

Zaburzenia nastroju w okresie okołoporodowym są powszechnym zjawiskiem wśród matek [1, 2]. Kontinuum owych kłopotów rozciąga się od łagodnych i przejściowych postaci tzw. baby blues, stanu niewymagającego interwencji specjalistycznej, doświadczanego przez 50–80% kobiet, poprzez typową depresję o łagodnych i umiarkowanych objawach, aż po przypadki psychozy poporodowej rozumianej jako głęboki epizod depresyjny o cechach psychotycznych [3], często wymagającej hospitalizacji. Jedną z wyodrębnionych form zaburzeń nastroju jest depresja poporodowa. Do jej najczęstszych objawów należą niepokój, drażliwość, trudności z myśleniem i pamięcią, anhedonia, zmęczenie, bezsenność, lęk, poczucie winy i myśli samobójcze. Objawom tym często towarzyszy spadek samooceny, zamartwianie się o zdrowie dziecka, lęk związany z opieką nad nim, poczucie bycia bezwartościową w roli matki, brak pewności siebie i nierealistyczne oczekiwania wobec siebie. Depresja poporodowa dotyka około 13–20% kobiet [1–4], choć często zdarza się, że objawy depresyjne nie są łączone przez samą pacjentkę bezpośrednio z porodem.

By zilustrować tę definicję przykładem, proponujemy dość typowy opis sytuacji z naszej praktyki: pani C. w pierwszej rozmowie z terapeutą [L.K.], która odbyła się sześć miesięcy po porodzie, jako swój podstawowy kłopot zgłaszała trudności w relacji z mężem. Skarżyła się, że od pół roku czuje się pusta i ma wrażenie, że jej życie straciło wszystkie kolory. Wspominała także o dojmującym uczuciu chronicznego zmęczenia i napięcia, które nie opuszczało jej niezależnie od rzeczywistej ilości czasu poświęcanej na odpoczynek. Udręczona swoim stanem stawała się coraz bardziej drażliwa, a jej wybuchowy nastrój prowadził do licznych kłótni z mężem. Zapytana o to podczas konsultacji zauważyła, że

po urodzeniu pierwszego dziecka nie straciła możliwości czerpania przyjemności z życia, a relacja z mężem pozostawała dobra. Do momentu pierwszego kontaktu z psychologiem nie łączyła swoich wyraźnych objawów depresyjnych z faktem narodzin drugiego dziecka, a zwłaszcza z emocjonalnym znaczeniem tego wydarzenia, uznając, że „po prostu coś się popsuło, może dlatego, że mamy mniej czasu”.

Mniej znanym niż depresja poporodowa, a podobnie częstym problemem jest depresja ciężarnych: choruje na nią 12–19% kobiet [5, 6]. Co więcej, depresja w ciąży stanowi główny czynnik pozwalający przewidzieć ryzyko zachorowania na depresję po narodzinach dziecka. Klasyfikacja DSM-5, biorąc tę prawidłowość pod uwagę, nie wymienia depresji poporodowej jako odrębnej jednostki chorobowej, lecz wyróżnia depresję rozpoczynającą się w okresie okołoporodowym: w okresie ciąży lub w ciągu pierwszych czterech tygodni po porodzie [7]. Według europejskiej klasyfikacji ICD-10 depresja porodowa to zaburzenie występujące w pierwszych 6 tygodniach po porodzie [8]. Wielu badaczy i praktyków uważa jednak, że kryteria ICD-10 powinny zostać zmienione, by uwzględnić dłuższy czas pojawiania się objawów, do 6 miesięcy [9] czy nawet roku po porodzie [10].

Depresja poporodowa stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia publicznego i dobrobytu społecznego. Nieleczona depresja, zarówno ciążowa, jak i poporodowa, niesie za sobą istotne konsekwencje zarówno dla matki, jak i dziecka. Depresja w ciąży dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia przedwczesnego porodu [11–14], stanu przedrzucawkowego [15], zachorowania na cukrzycę [16], cesarskiego cięcia [17, 18]. W dłuższej perspektywie wpływa też negatywnie na emocjonalny i społeczny rozwój dziecka. Okres pierwszych tygodni po porodzie cechuje się wyjątkowo silną zależnością noworodka od głównego opiekuna (w ogromnej większości przypadków — matki). Zaburzenia depresyjne występujące u matki wiążą się z wyższym nasileniem stresu rodzicielskiego i zwiększonym ryzykiem podejmowania przez nią negatywnych praktyk rodzicielskich. Ma to długotrwałe konsekwencje dla rozwoju dzieci: badania populacyjne ALSPAC (n = 9848) pokazały, iż depresja poporodowa ma negatywne i trwałe konsekwencje rozwojowe, widoczne również w 18. roku życia dzieci [19]. Szczególnie wrażliwa grupa dzieci to te, których matki chorowały na depresję między 2. a 8. miesiącem po porodzie. U tych kobiet znacznie częściej rozpoznawano depresję również 11 lat później. Ich dzieci natomiast 4 razy częściej miały problemy z zachowaniem między 3. a 4. rokiem życia, obarczone były dwukrotnie większym ryzykiem trudności w matematyce w 16. roku życia i 7 razy wyższym ryzykiem depresji w 18. roku życia [19].

W badaniach zespołu pod kierunkiem Beebe [20] wykazano, iż depresja matki zmienia wzorce interakcyjne w parze matka–niemowlę już w 4. miesiącu życia dziecka. Np. w parach depresyjnych matek i ich niemowląt obserwuje się niższą niż u niedepresyjnych matek i ich dzieci koordynację wzorców patrzenia, a także wspólny wzorec wzrokowego wycofania. Wzorec patrzenia niemowląt, dzieci depresyjnych matek określono jako „czujny”. Matki i niemowlęta są przez to mniej przewidywalnymi partnerami interakcji: patrzą na siebie dłużej, ale mniej synchronizują swoje zachowania. Dodatkowo matki te stają się nadmiernie podekscytowane, gdy dzieci przejawiają pozytywny afekt, a nadmiernie rozczarowane, gdy dzieci są rozdrażnione lub mają negatywny nastrój.

Przytoczone wyniki pokazują również, w jaki sposób depresja matki zakłóca oczekiwania interakcyjne dziecka i tworzy sytuację, w której staje się ono nadmiernie czujne na sygnały wysyłane przez drugą osobę, co zakłóca rozwój samoregulacji u dzieci; związane

jest z większym ryzykiem rozwoju lękowego stylu przywiązania i, poprzez to, ma długofalowe konsekwencje dla ich dalszego rozwoju.

### **Psychologiczne podłoże depresji poporodowej**

Przed sformułowaniem kilku uwag dotyczących psychodynamicznego rozumienia emocjonalnego tła zaburzeń depresyjnych chcielibyśmy wyraźnie podkreślić, iż przyjmujemy stanowisko, zgodnie z którym depresja jest chorobą o złożonej etiologii. Dostrzegamy i doceniamy wkład czynników biologicznych, genetycznych i społecznych w ryzyko rozwoju epizodów depresyjnych. Poniższe rozważania nie są w naszym rozumieniu próbą kompletnego wyjaśnienia przyczyn depresji poporodowej, lecz służą opisowi jednego z aspektów — wymiaru emocjonalnego.

Tłem dla rozumienia depresji poporodowej z perspektywy teorii psychoanalitycznej jest ogólne rozumienie depresji sformułowane przez reprezentantów tego podejścia. Podstawą psychodynamicznego ujęcia depresji pozostają spostrzeżenia Freuda sformułowane w klasycznej pracy z roku 1917 [21]. Zauważył on, że osoba depresyjna to taka, która w dzieciństwie skierowała swoją miłość na drugą osobę i doznała rozczarowania (co określane jest mianem „utrąty obiektu miłości”). W efekcie nie godzi się na utratę i identyfikuje się z utraconym obiektem, „włącza” go w obszar swojego ego. Odczuwaną pierwotnie złość na ten utracony obiekt skieruje na siebie. Kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywują uczucia związane z utratą pierwotnego obiektu, co może prowadzić do wystąpienia objawów depresji: skierowanie agresji do wewnątrz może skutkować obniżeniem samooceny, samooskarżeniami czy wręcz samobójstwem.

Utrzymanie klasycznej pracy Freuda jako podstawy rozumienia depresji wynika nie tylko z jej klinicznej użyteczności w psychoterapii, potwierdzonej licznymi studiami przypadków [22, 23] oraz wynikami badań skuteczności terapii depresji w podejściu analitycznym [24], ale też z potencjalnego związku między intuicjami Freuda a współczesną wiedzą neurologiczną i psychiatryczną [25].

Mimo że depresja jest tematem często podejmowanym w literaturze psychoanalitycznej, powstało stosunkowo niewiele publikacji poświęconych psychoanalitycznemu rozumieniu depresji poporodowej. Dokonany przez Bluma [26] przegląd literatury wskazuje na trzy ogólne wątki w psychodynamicznym jej rozumieniu. W uproszczeniu wyróżnić można konflikty emocjonalne związane z zależnością; ze złością; oraz z macierzyństwem. Konflikty związane z zależnością zwykle przyjmują postać jej odrzucania, kłopoty związane ze złością wiążą się z poczuciem winy i zahamowaniami, zaś trudności związane z macierzyństwem obejmują problematyczne identyfikacje kobiety z własną matką. Blum [26] formułuje też cenne spostrzeżenie, do którego wrócimy później: zauważa, iż ze względu na konflikty związane z zależnością, pacjentki w depresji poporodowej mogą niechętnie reagować na ofertę pomocy związaną z długoterminową terapią, w którą wpisana jest silna zależność.

Najogólniej mówiąc, wskazane przez Bluma [26] konflikty przy niewystarczającej umiejętności myślenia o przeżyciach emocjonalnych mogą skutkować rozwojem depresji poporodowej. Jeśli trudne emocje związane z zależnością, złością i macierzyństwem można objąć myślą, ryzyko nieświadomej niezgody na utratę i rozwoju objawów depresji pozostaje niewielkie, natomiast jeśli są to uczucia niepodatne na refleksję, depresja może

stanować próbę uniknięcia ich wpływu, prowadzącego do wybuchu. Tworzenie reprezentacji umysłowych dla trudnych uczuć jest techniką pracy zalecaną w obliczu zaburzeń depresyjnych w różnych gałęziach teorii psychoanalitycznej, np. w nurtach rozwijających pojęcie mentalizacji [27], we współczesnej szkole brytyjskiej, zwłaszcza u kontynuatorów myśli Biona [28], czy w amerykańskiej psychoanalizie intersubiektywnej i relacyjnej [29]. Warto zaznaczyć, że depresja poporodowa związana jest z uszkodzeniem zdolności do myślenia zarówno o własnym doświadczeniu zewnętrznym, jak i doświadczeniu dziecka — trudność ta określana jest jako „hipomentalizacja” [27]. Można zdefiniować ją jako niemożność rozumienia stanów wewnętrznych w kategoriach uczuć, pragnień, intencji czy motywacji. Doświadczenie wewnętrzne staje się konkretne; chorujące na depresję matki mogą podczas konsultacji koncentrować się na swoich doświadczeniach somatycznych i lękach dotyczących własnego zdrowia.

Dla zilustrowania trudności w myśleniu o trudnych emocjach przedstawimy kolejny przykład z naszej praktyki. Pani B. została skierowana na konsultację przez doradczynię laktacyjną. Podczas spotkania koncentrowała się na szczegółowym opisie zabiegów i rytuałów, które podejmowała, by uniknąć zapalenia piersi, postrzeganego przez nią jako potencjalne zagrożenie życia. Owe zabiegi miały równocześnie służyć utrzymaniu idealnego wypływu pokarmu: jedyne pożywienie akceptowanego przez niemowlę. Podczas pierwszych konsultacji terapeutka [M.Ch.-D.] skupiała się przede wszystkim na uważnym słuchaniu pani B. W swoich komentarzach wprowadziła możliwość zauważania i myślenia o uczuciach towarzyszących początkowi macierzyństwa: o lęku związanym z utratą kontroli nad ciałem, o złości związanej z zależnością; o poczuciu, że dziecko całkowicie uniemożliwi kontynuowanie choćby elementów wcześniejszego życia; o doświadczaniu sprzecznych uczuć do osób, które pani B. przedstawiała początkowo jako „wyłącznie idealne”. W ciągu 10 odbytych sesji w monologu pani B. faktograficzne relacje zabiegów związanych z karmieniem zajmowały coraz mniej miejsca. Pacjentka mogła zacząć opowiadać o tym, że nie planowała ciąży ani dzieci, o poczuciu niesprawiedliwości i złości na męża, którego życie nie było dotknięte opieką nad niemowlęciem w równym stopniu jak jej, oraz o relacji z matką, którą uważała początkowo za idealną. Sesje skoncentrowały się na omówieniu zmian związanych z narodzinami dziecka oraz towarzyszących temu uczuć, co umożliwiło pani B. zaakceptowanie ambiwalencji wobec dziecka i sytuacji korzystania ze wsparcia. Pacjentka zyskała też możliwość używania swojej złości w stawianiu granic bliskim i ich oczekiwaniom. W krótkiej pracy z panią B. zarysowały się trzy wyróżnione przez Bluma konflikty dotyczące zależności, złości oraz roli macierzyństwa. W poczuciu terapeutki pomocnym dla pacjentki elementem okazało się otwarcie możliwości myślenia o ambiwalencji wobec i niemowlęcia, i macierzyństwa, co pozwoliło zaakceptować te sprzeczne uczucia.

Potrzeba wzmocnienia umiejętności myślenia o trudnych uczuciach u pacjentek cierpiących na depresję poporodową nabiera dodatkowej wagi w obliczu danych wskazujących na możliwość rozwinięcia głębszych, psychotycznych form depresji w tym wrażliwym okresie. W niniejszej pracy nie wprowadzamy rozróżnienia między depresją psychotyczną w okresie poporodowym a psychozą poporodową jako osobnymi jednostkami chorobowymi. W literaturze przedmiotu nie ma zgody co do tego, czy używać owych pojęć jako synonimów, czy je różnicować. Przyjęliśmy rozumienie zaproponowane przez

autorów przeglądu literatury na temat zdrowia psychicznego matek i dzieci, dokonanego przez Światową Organizację Zdrowia [3]. Autorzy piszą, iż „pojęcie depresji poporodowej odnosi się do niepsychotycznego epizodu depresji, który rozpoczyna się po porodzie” [3, s. 21], natomiast „bardzo głęboki epizod depresyjny, cechujący się występowaniem objawów psychotycznych, klasyfikuje się jako poporodową psychotyczną chorobę afektywną lub jako psychozę połogową. Zaburzenie to różni się od depresji poporodowej etiologią, głębokością, objawami i sposobem leczenia” [3, s. 17].

Lucas [30], odwołując się do wyników badań statystycznych [31, 32] sugeruje, iż psychotyczne depresje poporodowe, także jako psychozy okołoporodowe, są zjawiskiem niedoszacowanym i występującym znacznie częściej niż przyjmowana na ogół liczba jednego przypadku na 500 porodów. Uważa on, że częstotliwość przypadków depresji psychotycznej przekracza liczbę trzech przypadków na 100 porodów; zwykle jednak pacjentki nie zostają hospitalizowane.

Psychoanalityczni autorzy zajmujący się zaburzeniami psychotycznymi, także psychotycznymi postaciami depresji, wyraźnie wskazują na ogromną wartość wczesnych interwencji pozwalających zmniejszyć niszczącą siłę kryzysu psychotycznego, a w niektórych przypadkach powstrzymać rozwój procesu psychotycznego [33].

W praktycznym wymiarze kontaktu z pacjentkami cierpiącymi na depresyjne zaburzenia okołoporodowe odnosimy wrażenie, że jednym z ważniejszych wymiarów ich kłopotów są trudności w przyjmowaniu licznych utrat wpisanych w macierzyństwo. Obok względnie oczywistych strat związanych z przeformułowaniem dotychczasowego sposobu życia, ograniczeniami aktywności zawodowej, wielowymiarową zwiększoną zależnością od innych ludzi czy intensywnymi i obciążającymi zmianami fizjologicznymi, pacjentki muszą zmagać się ze złożonymi utratami związanymi z przebudową dotychczasowych relacji intymnych i rodzinnych oraz z konfrontacją wyobrażeń na własny temat z rzeczywistością. Sądzimy, że ważnym wymiarem pomocy psychologicznej jest wspieranie pacjentek w możliwości myślenia o owych utratkach, zwłaszcza na tle społecznego kontekstu sugerującego, iż macierzyństwo powinno być czasem skojarzonym wyłącznie z zyskami, nie z utratami.

### **Skuteczne interwencje psychologiczne wobec depresji poporodowej**

Według przeprowadzonej w Kanadzie analizy ekonomicznej koszty nieleczonej depresji ciężarnych, w tym przerywania stosowania leków antydepresyjnych, wyceniono na 14 miliardów dolarów rocznie [34]. W Polsce do tej pory brakowało nie tylko danych dotyczących kosztów nieleczonej depresji, ale przede wszystkim jakiegokolwiek systemowego rozwiązania w zakresie prowadzenia badań przesiewowych oraz leczenia rodziców chorujących na depresję przed- lub poporodową. Od 1 stycznia 2019 roku Ministerstwo Zdrowia wprowadza zmiany, które przybliżą polską politykę zdrowotną do polityki zdrowotnej prowadzonej w większości krajów europejskich. Dzięki Programowi Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) w ramach osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, uruchomiony zostanie program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej. Lekarze, położne oraz pielęgniarki pediatryczne zostaną przeszkoleni zarówno w zakresie prowadzenia badań przesiewowych pod kątem depresji poporodowej, jak i sposobów zachęcania matek do kontaktu z psychologiem.



W ramach ministerialnego programu finansowane będą również 3 konsultacje diagnostyczne dla kobiet, które uzyskują podwyższone wyniki w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej [35]. Według zaleceń ministerstwa celem konsultacji ma być potwierdzenie diagnozy depresji. Tym większej wagi nabiera potrzeba określenia wymogów skutecznych interwencji psychologicznych wobec matek z diagnozą depresji poporodowej oraz sformułowania praktycznych wskazówek dotyczących realizacji owych interwencji.

Stephens i in. [36] zauważyli, że dla około 90% matek korzystających z pomocy z powodu depresji poporodowej miejscem jej uzyskania były placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Farmakoterapia przynosiła korzystne rezultaty, jednak pacjentki rzadko z niej korzystały, w związku z tym zespół Stephens skupił się na badaniu skuteczności interwencji psychologicznych. Analiza 6 tysięcy opublikowanych wyników badań doprowadziła do wyodrębnienia 10 projektów badawczych spełniających ściśle kryteria metodologiczne: badań typu RCT realizowanych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej obejmujących matki z diagnozą depresji lub podwyższonym wynikiem w skali depresji Becka lub Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Metaanaliza wykazała, że interwencje psychologiczne (poznawczo-behawioralne, terapia interpersonalna, poradnictwo, inne terapie) prowadzą do osłabienia objawów depresyjnych w zakresie istotnie większym niż w przypadku grup kontrolnych. Wynik utrzymywał się zarówno bezpośrednio po interwencji (różnica średnich -0,38 przy  $p = 0,05$ ), jak i po pół roku (-0,21 przy  $p = 0,005$ ). Nie odnotowano istotnych różnic między poszczególnymi rodzajami interwencji.

W innym badaniu porównującym skuteczność rozmaitych oddziaływań wobec pacjentek z depresją poporodową zestawienie efektywności doradztwa, psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i opieki standardowej wskazuje na największą skuteczność psychoterapii psychodynamicznych [37]. Gdy pacjentki są skłonne korzystać z farmakoterapii, obydwie formy pomocy są skuteczne. Np. Logsdon [38] wykazał znaczną redukcję objawów depresji 8 tygodni po leczeniu farmakologicznym (nortriptyliną oraz sertralina). Zastosowanie psychoterapii i interwencji psychospołecznych obniża o 30% nasilenie objawów depresji poporodowej [39].

Warto podkreślić również, iż pierwszym wyborem przy leczeniu depresji o przebiegu łagodnym lub umiarkowanym powinna być psychoterapia [40]. Również w przypadku wystąpienia depresji przed- lub poporodowej zaleca się, by kobiety o umiarkowanym nasileniu objawów zostały objęte intensywną interwencją psychologiczną [41]. Według badaczy, interwencje psychologiczne przyczyniają się do zmniejszenia intensywności objawów depresji bezpośrednio po zakończeniu psychoterapii, a ich efekty utrzymują się także 6 miesięcy później [36].

### **Wskazówki dotyczące interwencji**

Na podstawie przytoczonych wyżej wyników badań, nakreślonego tła teoretycznego oraz naszego własnego doświadczenia klinicznego przedstawimy kilka praktycznych wskazówek dotyczących interwencji psychologicznych wobec pacjentek z depresją poporodową. Należy zwracać uwagę na:

1. Bezpośredni, wczesny charakter interwencji
2. Krótkoterminowy jej charakter

3. Powszechną dostępność
4. Koncentrację na wspieraniu umiejętności myślenia o emocjach
5. Progresywny charakter pomocy i wzmocnianie samodzielności pacjentek

Krótko rozwiniemy te zalecenia, by uzasadnić ich sformułowanie oraz ułatwić wcielenie ich w praktykę.

1. **Bezpośredni, wczesny charakter interwencji.** Przytoczone wyniki badań wyraźnie wskazują, że matki sięgając po wsparcie z powodu depresji poporodowej nie szukają pomocy specjalistycznej, lecz łatwo dostępnej (w krajach zachodnich — w podstawowej opiece zdrowotnej). Ważne zatem, by umożliwić jak najłatwiejszy dostęp do interwencji psychologicznych. Psychoanalitycznie zorientowani badacze [42, 43] podkreślają, że okres po porodzie stanowi czas szczególnej wrażliwości emocjonalnej, otwartości i elastyczności na nowe sposoby myślenia, co zwiększa możliwość skorzystania z pomocy i daje nadzieję na szybkie jej efekty. Bydlowski [43] wskazała na zjawisko „przejrzystości psychicznej”, ustalające się już w pierwszych tygodniach ciąży, a polegające na powracaniu do świadomości wspomnień z dzieciństwa oraz doświadczeń związanych z dziecięcą relacją z matką. Według tej autorki [43] wspomniane zjawisko charakteryzuje kliniczne stany afektywne, jednak u ciężarnych kobiet jest naturalne i sprawia, że konfliktowe uczucia stają się łatwiej dostępne do badania i przepracowania. Z drugiej strony, w przypadku głębszych i poważniejszych kłopotów depresyjnych, zagrażających rozwinięciem psychozy poporodowej, wczesna interwencja ma szansę zredukować zasięg zniszczeń wywołanych epizodem psychotycznym lub powstrzymać rozwój owego epizodu [33].
2. **Krótkoterminowy charakter interwencji.** Depresja poporodowa, stanowiąc specyficzną formę kryzysu rozwojowego [42], często nie wymaga długoterminowych interwencji terapeutycznych [36, 44]. Skuteczne okazują się rozmaite, często mocno ograniczone, w czasie, formy pomocy: terapie indywidualne i grupowe, terapie interpersonalne (wywodzące się z psychoanalitycznych koncepcji: teorii przywiązania i idei Sullivana) i terapie behawioralno-poznawcze, również interwencje psychospołeczne obejmujące matkę, matkę i dziecko, a także całą rodzinę. Np. w Finlandii rozwijane są programy profilaktyczne dla rodziców mających pierwsze dziecko w pierwszym roku jego życia i obejmujące ich oboje, np. Families First [45]. Jest to program wspierający kompetencje związane z rodzicielskim mentalizowaniem: rozumieniem swojego zachowania jako rodzica, wzajemnych relacji w parze oraz zachowania niemowlęcia. Program ten nie jest stricte terapeutyczny, lecz profilaktyczny: zakłada wspieranie rodziców w momencie ważnej życiowej zmiany. Interwencje obejmujące oboje rodziców wydają się szczególnie istotne, gdyż konflikt w parze, przemoc w związku i brak wsparcia społecznego są czynnikami ryzyka zachorowania na depresję [46]. W artykule przytoczyliśmy między innymi wyniki badań dowodzących skuteczności krótkoterminowych interwencji psychodynamicznych w podstawowej opiece zdrowotnej [36], także w Polsce [2]. Jak wspomnieliśmy, konflikty związane z zależnością mogą dodatkowo zniechęcić pacjentki do podejmowania długoterminowych form pomocy terapeutycznej kojarzących się z większą zależnością.
3. **Powszechna dostępność do terapii.** Przedstawione przez nas dane dotyczące rozpowszechnienia depresji poporodowej w ogólnej populacji oraz kosztów społecznych



i ekonomicznych tego zaburzenia wyraźnie wskazują na konieczność zapewnienia powszechnego dostępu do farmakologicznych i psychologicznych interwencji, tym bardziej że wcześniej wprowadzone interwencje zwykle prowadzą do korzystnych skutków, nie wymagają wysoce specjalistycznych kwalifikacji i mogą być ograniczone w czasie. Tam, gdzie to możliwe, interwencje psychologiczne wobec pacjentek z depresją poporodową należy włączać w system bezpłatnej opieki zdrowotnej lub publicznej pomocy społecznej.

4. **Koncentracja na wspieraniu umiejętności myślenia o emocjach.** Przedstawione przez nas psychologiczne tło depresji poporodowej, odwołujące się do koncepcji psychodynamicznych (m.in. koncepcji mentalizacji oraz idei depresji jako niemożności myślenia o utracie), pozwala sformułować najistotniejszą wskazówkę dotyczącą techniki pracy podczas interwencji: **za najważniejszy element psychologicznych interwencji w depresji poporodowej uważamy wspieranie pacjentek w możliwości myślenia o bolesnych emocjach wpisanych we wczesne macierzyństwo.** W praktyce oznacza to przede wszystkim uważne słuchanie pacjentek, które często nie mają możliwości swobodnego dzielenia się swoimi przeżyciami odbiegającymi od społecznych oczekiwań: złością i nienawiścią do niemowlęcia, niechęcią do macierzyństwa, pragnieniem cofnięcia czasu i nieposiadania dziecka, wątpliwościami co do własnych kompetencji, tęsknotą za diadyczną relacją z partnerem, rozczarowaniem utratą zależności i szans rozwoju zawodowego. Gdy pacjentki nie są w stanie mówić (i być może samodzielnie myśleć) o takich uczuciach, interwent może wesprzeć tę umiejętność, zadając pytania o tego rodzaju przeżycia i przede wszystkim z własnej inicjatywy podkreślając ich naturalność. Za pomocą tych prostych środków osoba niedysponująca specjalistycznym przygotowaniem jest w stanie wspierać mentalizacyjne umiejętności pacjentek w zakresie myślenia o doświadczanych utracach i złożoności uczuć wpisanych we wczesne macierzyństwo, co uznajemy za esencję skutecznej, krótkoterminowej interwencji psychologicznej.
5. **Progresywny charakter pomocy i wzmacnianie samodzielności pacjentek.** Naszym zdaniem jednym z istotnych wymiarów wczesnych interwencji jest także umiejętność ich zakończenia w momencie, w którym pacjentki są w stanie samodzielnie (lub z pomocą najbliższych) radzić sobie z wyzwaniami wczesnego macierzyństwa. Uważamy, że ze względu na powszechność występowania depresji poporodowej stanu tego nie należy patologizować, zaś niepotrzebne przedłużanie interwencji może skutkować wtórnym nasileniem braku wiary pacjentki w jej własne kompetencje. Tak jak w przypadku pracy z innymi kryzysami, sądzimy, iż celem interwencji powinno być doprowadzenie do sytuacji, w której pacjentka powróci do możliwości samodzielnego radzenia sobie z życiem i myślenia o własnych przeżyciach przynajmniej tak dobrze, jak przed kryzysem.

#### **Przykład skutecznej, krótkiej interwencji psychologicznej w obliczu depresji poporodowej**

Na zakończenie przedstawimy przykład zastosowania powyższych wskazówek w praktyce — opiszemy skuteczną interwencję realizowaną w krótkim czasie przez osobę bez

wysoce specjalistycznego przygotowania, w ramach bezpłatnego, publicznego systemu wsparcia.

Pani A., 27-letnia kobieta z wyższym wykształceniem, zgłosiła się do ośrodka interwencji kryzysowej 2 miesiące po urodzeniu pierwszego dziecka. Wśród zgłaszanych objawów dominowało przede wszystkim poczucie, że coś jest z nią nie tak, bo nie potrafi pokochać swojego dziecka i ma ochotę wyrzucić je przez balkon. Interwencja objęła 12 sesji, realizowanych przez 3 miesiące, w rytmie jednego spotkania w tygodniu.

Pani A. przeprowadziła się do miasta, w którym odbywała się interwencja, z innej części Polski. Przeprowadzka była związana z decyzją o dziecku. Pani A. i jej mąż byli małżeństwem od 4 lat. Poznali się w pracy i oboje prowadzili aktywne życie zawodowe. Po kilku latach bycia razem pani A. zaczęła mówić więcej o dziecku i wywierać na męża presję. Podkreślała, że na Pomorzu jest dobre dla zdrowia powietrze, ponadto w Trójmieście mieszkała jej rodzina, na której wsparcie liczyła. Z tego powodu zrezygnowała z pracy, zaś mąż przeniósł się do trójmiejskiego oddziału firmy. Ciąża przebiegała dobrze przy regularnych kontrolach ginekologicznych. Państwo A. przygotowywali mieszkanie na przyjście dziecka na świat. Między nimi zaznaczyły się pewne różnice, częściej się kłóciły — do tej pory obszarem ich dobrego porozumienia były sprawy zawodowe, jednak od kiedy pani A. nie pracowała, chciała więcej rozmawiać o ich relacji, dziecku, planach na przyszłość — natomiast pan A. pragnął raczej dotychczasowego życia, skoncentrowanego na planach wyjazdowych i wcześniejszych sposobach spędzania czasu. Dodatkowo pani A. po nawiązaniu na nowo bliższego kontaktu z rodzicami poczuła, że co prawda może liczyć na ich opiekę, ale też musi się liczyć z próbami przejęcia nad nią kontroli.

Poród przebiegł bez komplikacji, po kilku dniach pani A. została wypisana do domu. Coraz bardziej martwiła się tym, że kontakt z córeczką nie daje jej żadnej przyjemności, a najbardziej przerażająca była dla niej myśl, że nie umie kochać swojego dziecka. Płacz niemowlęcia coraz bardziej ją denerwował. Po pomoc zgłosiła się jednak dopiero przerażona nagłą wizją: zobaczyła, że w pokoju czai się niewyraźna, czarna postać, która w poczuciu pani A. pragnęła wyrzucić jej córeczkę przez balkon. Pani A., przekonana, że wariuje, zgłosiła się natychmiast do ośrodka interwencji kryzysowej. W rozmowie z interwentem nakreśliła swoją sytuację i poprosiła o pomoc. Interwencję obejmującą 12 spotkań przeprowadziła młoda psycholożka o dużej wrażliwości, choć niewielkim doświadczeniu klinicznym, pani K.<sup>1</sup> Psycholożka realizowała swoją pracę zgodnie z wytycznymi sformułowanymi podczas konsultacji z jednym z nas [L.K.], w oparciu o idee, które wspólnie sformułowaliśmy w niniejszej pracy. Konsultant omawiał pracę trzykrotnie: po pierwszym spotkaniu psycholożki z pacjentką, po siódmym spotkaniu oraz, krótko, po zakończeniu pracy.

Po pierwszym spotkaniu interwentka potrzebowała określić kierunek interwencji psychologicznej. Zgromadziła przedstawione wyżej informacje na temat sytuacji pacjentki, natomiast zastanawiała się, w jaki sposób dalej ją prowadzić. Uznaliśmy, że mamy do czynienia z sytuacją, w której depresja poporodowa zaostrza się i nabiera cech psychotycznych, jednak zasoby pacjentki i kontakt z psychiatrą pozwalają podjąć próbę ambu-

<sup>1</sup> W tekście będziemy zamiennie określać psycholożkę jako psycholożka, interwentka lub pani K. [przyp. autorów].

latoryjnej pomocy. Konsultant zachęcił interwentkę, by zaproponowała pani A. możliwie częste spotkania, na których postawi sobie następujące cele: po pierwsze zachęci panią A. do mówienia o uczuciach towarzyszących kontaktowi z dzieckiem, zwracając szczególną uwagę na te emocje, które budziły strach pani A., tj. na niechęć do dziecka, wrażenie nieadekwatności czy bezradności. Zaproponował pani K. przyjęcie takiej postawy, uznając, że pani A. jest przede wszystkim wystraszona dość naturalnymi uczuciami, bowiem spodziewała się innych. Drugą sugestią konsultanta była propozycja, by psycholożka porozmawiała z pacjentką o jej wcześniejszych wyobrażeniach dotyczących bycia matką. Trzecim wątkiem, który wzbudził ciekawość konsultanta, była kwestia kontroli ze strony rodziców — poprosił, by interwentka rozwinęła w pracy z panią A. ten wątek, badając jednocześnie możliwości korzystania z konkretnej, bezpośredniej pomocy rodziny w opiece nad dzieckiem. Pani K. pytała, jak rozumieć „czarną postać” — konsultant zaproponował, by uznać, że pani A. tak bardzo nie akceptuje swoich naturalnych, nienawistnych uczuć do niemowlęcia, że jej umysł wytworzył urojeniową postać, która nie byłaby nią, a miałyby owe uczucia wyrażać.

Następne spotkanie superwizyjne z interwentką odbyło się po siedmiu wizytach pani A. Psycholożka miała mieszane uczucia: gdy zaczęła realizować przedstawione przez konsultanta sugestie, pani A. z jednej strony podjęła coraz lepszy i częstszy kontakt z niemowlęciem, a „czarna postać” nie pojawiła się nigdy więcej — z drugiej zaś strony na sesjach dużo płakała i wypełniała je rozpaczliwymi, powtarzającymi się opowieściami o tym, że do niczego się nie nadaje, nie umie kochać dziecka, nigdy nie będzie dobrą matką, nigdy nie dorówna swojej matce, i tak dalej. Pani K. martwiła się tym, że ciężko jej było znosić powtarzające się skargi pani A. i zastanawiała się, czy faktycznie zmierza w dobrym kierunku, mimo ewidentnej poprawy bezpośredniego kontaktu pani A. z niemowlęciem i wycofaniem się urojeń. Konsultant zaproponował interwentce przyjęcie perspektywy, zgodnie z którą to, co dzieje się w ich kontakcie, było czynnikiem leczącym i pomocnym: pani K., słuchając obaw pani A., robiła miejsce na to, od czego pani A. tak bardzo uciekała — czyli na naturalne lęki związane z podjęciem roli matki i z trudnościami w dostrajaniu się do niemowlęcia. Co więcej, znosząc wielogodzinne „marudzenie” pani A., psycholożka sama swoją postawą dostarczała jej ważnego modelu: pokazywała, że można towarzyszyć komuś w płaczu, mimo że nie umie się bezpośrednio mu pomóc — a pani A. bardzo dręczyła się myślą, że nie potrafi pomóc swojemu niemowlęciu. Interwentka intuicyjnie realizowała ważny wymiar pracy terapeutycznej, choć nie była pewna, czy postępuje właściwie. Konsultant przekazał jej powyższy punkt widzenia i zachęcił, by nie rezygnowała z dotychczasowej postawy, a nawet — jeśli będzie miała okazję — podzieliła się z panią A. spostrzeżeniem, iż razem są w stanie znosić trudne uczucia, nawet jeśli nie mają bezpośrednich rozwiązań — tak jak pani A. coraz bardziej może znosić w kontakcie z niemowlęciem trudne uczucia, które nie zawsze umie od razu ukoić. Psycholożka wydawała się bardzo podniesiona na duchu komentarzem, który pokazał wartość jej dotychczasowych wysiłków. Następnie opisała wątek rodzinny: zgodnie z sugestią konsultanta zapytała panią A. o jej relacje z rodzicami. Pani A. opowiedziała, że zawsze miała swoją matkę za idealną, choć nieco nadopiekuńczą. W jej pojęciu zawsze wspierała radziła sobie ona z opieką nad trójką dzieci, łączyła ją z pracą, nigdy na nic się nie skarżyła. Teraz, gdy pani A. urodziła, matka spędzała z nią dużo czasu i pomagała w opiece nad niemowlęciem, ale też delikatnie ją krytykowała, wskazując, że

niektóre rzeczy można było robić lepiej i sprawniej. Pani K. potrafiła samodzielnie odnaleźć adekwatne zachowanie — starała się wspierać panią A. w realistycznej ocenie własnych kompetencji jako matki, będącej w tej roli zaledwie od kilkunastu tygodni, a także zachęcić ją do pewnej rezerwy wobec idealnego obrazu swojej matki — podkreślając, że wie, jaką matką była dla dzieci i nastolatków, ale nie wie, jaką matką była dla niemowląt.

Trzecie spotkanie konsultanta z interwentką odbyło się już po zakończeniu pracy z panią A. i jej celem było podsumowanie tej interwencji. Pani K. podkreśliła, że najbardziej emocjonalnym momentem całej pracy rozłożonej na 12 spotkań była rozmowa, w której psycholog porównała ich wspólne znoszenie trudnych uczuć z pracą, którą pani A. samodzielnie wykonuje w kontakcie z niemowlęciem. Od tego momentu nastrój pani A. systematycznie i szybko się poprawiał. Sytuacja nabrała charakteru samonapędzającego się pozytywnego koła: im lepiej pani A. się czuła, tym sprawniej zajmowała się niemowlęciem, a im sprawniej się nim zajmowała, tym mniej bolała ją lekka krytyka ze strony matki i tym lepiej korzystała z autentycznego jej wsparcia. Dzięki dodatkowej pracy i zachęcie ze strony interwentki pacjentka aktywniej włączyła partnera w sieć wsparcia, dzięki czemu zyskała nieco czasu na odpoczynek, co jeszcze bardziej sprzyjało jej dobremu samopoczuciu. Jeszcze w trakcie interwencji psychologicznej psychiatra zdecydowała o rezygnacji z (i tak minimalnych) dawek farmakoterapii.

### Podsumowanie

W niniejszym artykule przedstawiliśmy rolę wczesnych interwencji psychologicznych w profilaktyce i terapii depresji poporodowej. Opisaliśmy charakter i typowy przebieg tego zaburzenia oraz jego częstotliwość rozpowszechnienia, ilustrując je przykładem klinicznym. Przedstawiliśmy kilka spostrzeżeń na temat psychologicznego tła depresji poporodowej, odwołując się do teorii psychoanalitycznych. Przedstawiliśmy kliniczny przykład odniesienia owych konceptualizacji do bezpośredniego kontaktu z pacjentką. Na tym tle zaproponowaliśmy ogólne spojrzenie na zagadnienie wczesnych interwencji psychologicznych: potrzebę powszechnego dostępu do tej formy pomocy oraz empiryczne dowody na ich skuteczność. W oparciu o tło teoretyczne, wyniki badań i własne doświadczenia sformułowaliśmy kilka praktycznych wskazówek dotyczących realizacji wczesnych interwencji psychologicznych. Na koniec przedstawiliśmy przykład zastosowania naszych wytycznych w praktyce.

### Piśmiennictwo

1. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2000; 14 (1): 73–77.
2. Chrzan-Dętkoś M, Pietkiewicz A, Żołnowska J. Program opieki psychologiczno-laktacyjnej „Macierzyństwo krok po kroku” jako przykład profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji w okresie okołoporodowym. *Psychiatr. Pol.* [artykuł przyjęty do druku].
3. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Risk factors for postpartum depression. W: Stewart, DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. *Postpartum depression: literature review*

- of risk factors and interventions. (2003). WHO: Department Of Mental Health And Substance Abuse, pobrano z: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/mmh&chd\\_exec\\_sum.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_exec_sum.pdf)
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
  5. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M i in. Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS ONE* 2007; 5(9): e12942. doi:10.1371/journal.pone.0012942.
  6. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch. Womens Ment. Health.* 2004; 8: 97–104.
  7. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wrocław; Edra Ubran & Partner, 2017.
  8. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, tom 1–2 (Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne + Badawcze kryteria diagnostyczne) Kraków: Vesalius, 2000.
  9. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch. Womens Ment. Health* 2014; 17, 2: 171–173.
  10. Cooper P, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998 Jun. 20; 316(7148): 1884–1886.
  11. Dayan J, Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol. Rev.* 1995;17: 165–171.
  12. Dayan J, Creveuil C, Marks MN Conroy S, Herlicovitz M, Dreyfus M, Tordjman S. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom. Med.* 2006; 68(6): 938–946.
  13. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371:75–84.
  14. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, MD, Iyengar S, Wayne J. Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch. Gen. Psychiatry* 2010; 67(10): 1012–1024.
  15. Wallis AB, Saftlas AF. Is there a relationship between prenatal depression and preeclampsia? *Am. J. Hyperten.s* 2009; 22: 345–346.
  16. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet. Gynecol.* 2000; 95: 487–490.
  17. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *JAMA.* 2009; 301(8): 842–847.
  18. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 4: 467–476.
  19. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA* 2018; 75(3): 247–253. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
  20. Beebe B, Lachmann F, Jaffe J, Markese S, Buck KA, Chen H, Andrews H. Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother–infant interaction. *Psychoanal. Psychol.* 2012. 29(4), 383–407.
  21. Freud S. Żaloba i melancholia. W: Freud S. *Psychologia nieświadomości*. Przełożył R. Reszke. Warszawa: KR; 2007.
  22. Midgley N, Cregeen S, Hughes C, Rustin M. psychodynamic psychotherapy as treatment for depression in adolescence. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2013; 22 (1): 67–82.

23. Kalita L. Długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jako skuteczna metoda leczenia głębokiej depresji — krótki przegląd współczesnej literatury i przykład kliniczny. *Psychoter.* 2018; 2: 63–78.
24. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4: 5–16.
25. Carhart-Harris R, Mayberg H, Malizia A, Nutt D. Mourning and melancholia revisited: correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Ann. Gen. Psychiatry* 2008; 7:9 <https://doi.org/10.1186/1744-859X-7-9>
26. Blum L. Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanal. Psych.* 2007; 24, 45–62.
27. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkin A., Ya-Wen L, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: the reflective functioning questionnaire. *PlosOne*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
28. Lombardi R. Psychoanalytic approach in the treatment of a suicidal patient: stubborn silences as „playing dead”. *Psychoanal. Dial.* 2010; 20 (3): 269–284 .
29. Seligman S. Relationships in development. infancy, intersubjectivity and attachment. London i New York: RoutledgeTaylor & Francis Group; 2018.
30. Lucas R. The psychotic wavelength. A psychoanalytic perspective for psychiatry. New York: Routledge; 2009.
31. Gelder M, Gath D. Mayou R. *Oxford Textbok of Psychiatry* (2nd edition). Oxford University Press; 1990; 466–469.
32. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br. J. Psychiatry* 1993;163: 27–31.
33. DeMasi F. Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.
34. O’Brien L, Laporte A, Koren G. Estimating the economic costs of antidepressant discontinuation during pregnancy. *Can. J. Psychiatry* 2009; 54 (6): 399–408.
35. Program polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, załącznik nr 17 dokumentów konkursowych POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18, instytucja pośrednicząca Ministerstwo zdrowia, pozyskano ze strony: [http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-426-konkurs\\_profilaktyka\\_depresji.html](http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-426-konkurs_profilaktyka_depresji.html)
36. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a metaanalysis. *Ann. Fam. Med.* 2016; 14(5): 463–472.
37. Cooper P, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short – and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. *Br. J. Psychiatry* 2003;182(5): 412–419.
38. Logsdon M, Wisner K, Hanusa BH. Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression? *J. Womens Health* 2009; 18(1), 85–90. DOI: 10.1089/jwh.2007.0635
39. Maliszewska K, Preis K. Terapia depresji poporodowej — aktualny stan wiedzy. *Ann. Acad. Med. Ged.* 2014; 44: 105–111.
40. Antonuccio DO, Danton WG, DeNelsky GY. Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 1995; 26(6): 574–585.
41. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health Quality standard [QS115] dostęp: <https://www.nice.org.uk/guidance/QS115/chapter/Quality-statement-6-Psychological-interventions-42>
42. Stack J. Prenatal psychotherapy and maternal transference to fetus. *Inf. Ment. Health J.* 1987; 8, 2: 100–109.



43. Bydlowski M. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.
44. Dennis C-L, Hodnett ED. Psychosocial and psychological interventions for postpartum depression. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007, 27; (4):CD006116.
45. Kalland M, Fagerlund A, von Koskul M, Pajulo M. Families First: the development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. *Prim. Health Care Res. Dev.* 2016 Jan;17(1): 3–17. doi: 10.1017/S146342361500016X. Epub 2015 Apr 1.
46. Field T. Prenatal depression risk factors, developmental effects and interventions: a review. *J. Pregnancy Child Health*, 2017, 4(1): 301. doi: 10.4172/2376-127X.1000301.

Adres: psymcd@univ.gda.pl