

UWARUNKOWANIA I KONSEKWENCJE DEPRESJI POPORODOWEJ

PSYCHOLOGICAL BACKGROUND OF POST-PARTUM DEPRESSION AND IT'S CONSEQUENCES

¹Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański
prof. zw. dr hab. Marta Bogdanowicz

²Promama: Badawczo-Kliniczne Stowarzyszenie na rzecz Wspierania Relacji z Dzieckiem

³Pracownia Psychometrii i Statystyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Kierownik: dr hab. Roman Konarski

post-partum depression mother – child relation

W artykule przedstawione są opis i analiza badań własnych dotyczących poznania niektórych z psychologicznych uwarunkowań wystąpienia depresji poporodowej oraz związku depresji poporodowej z funkcjonowaniem diady matka – dziecko. W badaniach, w których wzięło udział 150 kobiet mających dzieci w wieku poniżej 12. m.ż. zastosowano Edynburską Skalę Depresji Poporodowej, kwestionariusz Parental Bonding Instrument, kwestionariusz Postpartum Bonding.

Summary

Aim. The research aimed to figure out the psychological background of postpartum depression, especially in the context of earlier mother's relations and the relation between postpartum depression and mother-child bonding.

Methods. Research tools used were as follows: Parental Bonding Instrument, Postpartum Bonding Questionnaire, Edinburgh Postpartum Depression Scale and demographic questionnaire. Research was carried out on 150 women who had children younger than 1 year old. The mean child age was 24,47 week, with half of mothers having children younger than 24 weeks.

Results. The conducted analysis showed that care in the internal image of the mother assessed on the basis of Parental Bonding Instrument reduces the risk of postpartum depression and is associated with more optimal results concerning the bonding between mother and infant. The elevated results in Edinburgh Postpartum Depression Scale were associated with the higher risk of child abuse. The care in the internal image of the young mother's mother maintains its protective function despite the fact of postpartum depression occurrence.

Conclusions. The results of the research show psychological and individual correlates of postpartum depression. They also inspire further researches: it may be hypothesized that in treatment of postpartum depression the possibility of creating the therapeutic relation with the psychiatrist, psychotherapist, nurse or the group of mothers, which could be experienced as caring and supporting, not controlling can have the positive effects. The possibility of creating this type of caring relation in the beginning of childrearing may strengthen developing motherhood identity in young mothers.

Wstęp

Depresja poporodowa dotyka od około 13 do 30% kobiet [1]. Jest fenomenem obserwowanym na całym świecie [2–4]. Od innych zaburzeń afektywnych i depresyjnych odróżnia ją obecność myśli i emocji dotyczących relacji z dzieckiem. Do jej objawów należą:

obniżenie nastroju; przygnębienie występujące przez większą część dnia; wyraźny spadek zainteresowań lub odczuwania przyjemności z większości, jeżeli nie ze wszystkich, form aktywności; zmniejszenie lub wzrost apetytu; nadmierna senność lub bezsenność; trudności z zaśnięciem po nocnym karmieniu dziecka; zamartwianie się sytuacją zdrowotną niemowlęcia, opieką nad nim, przebiegiem karmienia piersią; uczucie bezwartościowości albo nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy: „jestem złą matką”; zmęczenie lub poczucie braku energii; słaba koncentracja lub trudność w podejmowaniu decyzji; nawracające myśli o śmierci, myśli i plany samobójcze, próby samobójcze [5]. Według klasyfikacji ICD-10 depresja poporodowa przydzielony jest najczęściej kod F53 — oznaczający zaburzenia psychiczne związane z porodem, występujące w ciągu pierwszych 6 tygodni po porodzie, niesklasyfikowane gdzie indziej — lub, w zależności od stanu matki, któryś z kodów określających zaburzenia nastroju: F30–F39 [6]. Zarówno według klasyfikacji DSM-IV, jak i ICD-10 depresja poporodowa pojawia się w ciągu pierwszych tygodni po urodzeniu dziecka. Wielu badaczy i klinicystów zajmujących się tą tematyką podkreśla jednak, że epizod depresji może pojawić się w ciągu pierwszego roku od porodu [7]. Badania nad relacjami budowanymi przez depresyjne matki wykazują, że w przypadku wystąpienia depresji poporodowej klinicyści mają do czynienia z dwójką pacjentów — depresja poporodowa może negatywnie wpłynąć na więź tworzącą się między matką a dzieckiem oraz rozwój dziecka [7]. Matki w depresji i ich dzieci przez dłuższy czas narażone są na negatywne stany emocjonalne: łatwiej wzajemnie „zarażają się” uczuciami negatywnymi niż pozytywnymi [8, 9]. Niemowlaki matek w depresji mają szybsze tętno oraz wyższy poziom kortyzolu we krwi [10, 11].

Na podstawie przeglądu literatury nasuwa się więc pytanie: dlaczego narodziny dziecka, które społecznie są postrzegane jak szczęśliwy, wręcz idylliczny okres, mogą tak zaburzyć nastrój i życie psychiczne młodej matki? Emocjonalne cierpienie części kobiet po porodzie przypisuje się różnym przyczynom. Badania biomedyczne koncentrują się na patologicznych zmianach w wydzielaniu hormonów, np. aktualne doniesienia pokazują, że przyspieszony przyrost łożyskowej kortykoliberyny w środkowym okresie ciąży może być związany z pojawieniem się depresji po porodzie [12], nie ma jednak jeszcze spójnych wyników tłumaczących udział poszczególnych hormonów w jej wystąpieniu. W badaniach trudno też wyodrębnić jedną główną zmienną o charakterze psychologicznym lub społecznym, która tłumaczyłaby większą podatność niektórych kobiet na takie stany po porodzie. W świetle współczesnej literatury, depresja poporodowa wydaje się uwarunkowana wieloczynnikowo. Do psychologicznych i społecznych czynników ryzyka jej wystąpienia należą: fakt wcześniejszej choroby psychicznej, psychologiczne kłopoty i wysoki poziom lęku podczas ciąży, niska samoocena, stres związany z opieką nad dzieckiem, trudny, związany z m.in. nadwrażliwością, niskim progiem frustracji, temperament dziecka, stresujące wydarzenia życiowe, brak wsparcia społecznego, niska jakość związku, samotne rodzicielstwo, niski status społeczno-ekonomiczny oraz niechciana ciąża [1, 5].

Psychoterapeuci i badacze o orientacji psychodynamicznej zwracają również uwagę na wewnętrzny świat cierpiących na depresję poporodową kobiet — wzorzec dominujących mechanizmów obronnych oraz jakość relacji z ważnymi osobami. Badane przez Uddenberg i Nilsson [13] kobiety chorujące na depresję poporodową postrzegały relacje z własnymi matkami jako istotnie mniej satysfakcjonujące. W badaniu Gotliba, Whiffen,

Wallace i Mounta [14] kobiety depresyjne postrzegały swoje matki jako istotnie mniej troskliwe. McMahon, Barnett, Kowalenko i Tennant [15] wykazali, że niedostateczna matczyna troska w dzieciństwie, brak satysfakcji w związku w 4. miesiącu życia dziecka, styl przywiązania charakteryzujący się lęklivością oraz niedojrzałe mechanizmy obronne są związane z objawami depresji w 12. miesiącu po porodzie. Badania te, łącząc doświadczenia dziecięce matki — jej obraz figury macierzyńskiej, styl przywiązania — z przeżywanym po narodzinach dziecka cierpieniem, wskazują na historyczny aspekt wystąpienia zaburzeń okołoporodowych. Psychoterapeuci i psychiatrzy pracujący z depresyjnymi matkami zwracają również uwagę na brak adaptacyjnych mechanizmów w radzeniu sobie z doświadczaną złością, gniewem oraz ambiwalencją uczuć [16, 17]. W świetle współczesnej wiedzy psychodynamicznej czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem depresji jest możliwość młodej matki rozpoznawania i tolerowania uczuć złości do siebie i/lub dziecka oraz wykorzystanie ich w ten sposób, by zapewnić sobie wsparcie. Jeśli natomiast kobieta będzie czuła się winna lub obawiała się tego, co odczuwa, może stać się nadmiernie przeciążona agresywnymi myślami dotyczącymi dziecka lub siebie. Dlaczego tak się dzieje? Badania pokazują, że kobiety, które chorują na depresję poporodową, przejawiają często wzorzec nierealistycznych oczekiwań, by być idealną matką, która odpowiedzialnie, bez doświadczania konfliktu, opiekuje się swoim dzieckiem, domem, partnerem i dba o karierę zawodową [18]. Jednak stałe powstrzymywanie złości, represjonowanie tych uczuć, podobnie jak i utrata kontroli nad nimi, stanowi zagrożenie zarówno dla samopoczucia matki, jak i dla dziecka: dla jego rozwoju emocjonalnego i — w skrajnych sytuacjach — bezpieczeństwa.

Prezentowany powyżej przegląd piśmiennictwa pozwala na sformułowanie tezy, że obraz obiektu macierzyńskiego u młodych matek oraz sposób radzenia sobie z doświadczanym napięciem mogą być związane z wystąpieniem depresji poporodowej. By zweryfikować to założenie, autorzy badania postawili sobie następujące pytania badawcze:

1. Czy subiektywnie postrzegane doświadczenia młodej matki ze swoją matką związane są z jakością relacji w diadzie matka — niemowlę?
2. Czy subiektywnie postrzegane doświadczenia młodej matki ze swoją matką mogą być związane z nasileniem objawów depresyjnych?
3. Czy i jakie zmienne związane będą z podwyższonym poziomem doświadczania przez matkę złości i odrzucenia w kontakcie z niemowlęciem?

Material

W badaniu wzięło udział 150 kobiet mających dzieci między 1. a 52. tygodniem życia. Średni wiek dziecka wynosił 24,47 tygodnia, odchylenie standardowe — 15,08 tygodnia. Połowa badanych matek miała dzieci w wieku co najwyżej 24. tygodni. Liczba urodzeń przedwczesnych w badanej grupie mieściła się w granicach średniej krajowej i wynosiła 10,7%. Żadna z badanych matek nie urodziła dziecka przed 32. tygodniem ciąży. Sytuacja materialna została określana przez ponad połowę matek jako dobra lub bardzo dobra. Jedynie 4,6% matek deklarowało trudną sytuację materialną. Średni wynik w Edynburskiej Skali Depresji poporodowej wynosił $x = 9,64$ ($SD = 5,75$). 20% badanych kobiet osiągnęło wynik wyższy niż 12 punktów.

Metoda

Przeprowadzone badanie miało charakter kwestionariuszowy. Wykorzystano w nim:

1. Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (ESDP). Polskie tłumaczenie ESDP ukazało się w książce Steinem M. i Yonkers K. *Depresja u kobiet* [19]. Skala została po raz pierwszy opublikowana w artykule: Coxa J. L., Holdena J. M. oraz Sagovsky'ego [20]. Wynik w ESDP uzyskuje się sumując poszczególne punkty kwestionariusza. Kobiety, które osiągają graniczną liczbę 12 punktów, prawdopodobnie cierpią na depresję poporodową o różnym stopniu nasilenia. Należy jednak podkreślić ograniczenia związane z kwestionariuszowymi metodami przesiewowymi służącymi do oceny zaburzeń afektywnych. ESDP zarzuca się m.in. brak możliwości różnicowania zaburzeń nastroju z innymi zaburzeniami życia psychicznego występującymi u młodych matek (np. zaburzeń przystosowawczych).
2. Parental Bonding Instrument (Parker G., Tupling H., Brown L. B.). Za jego pomocą bada się spostrzeganie własnych rodziców (w badaniu wykorzystano tylko część dotyczącą matek), oceniając natężenie doświadczanej z ich strony troski i kontroli. Odpowiedzi kodowane są według specjalnego klucza. Przykładowo, w 4-stopniowej skali oceniane są podpunkty dotyczące troski: *wydawała się chłodna uczuciowo w stosunku do mnie; mówiła do mnie ciepłym i przyjaznym tonem*, oraz kontroli: *akceptowała, kiedy sama podejmowałam decyzje; starała się kontrolować wszystko, co robiłam*.
3. Postpartum Bonding Questionnaire Brockingtona [21]. Kwestionariusz przetłumaczono za zgodą autora. Składa się z 4 podskal oceniających jakość więzi między matką i dzieckiem:
 - a) podskala trudności w budowaniu więzi (np. takie odpowiedzi, jak: *Moje dziecko płacze zbyt dużo; będąc matką, czuję się jak w pułapce*);
 - b) podskala złości i odrzucenia (*Czuję dystans ze strony mojego dziecka*);
 - c) podskala lęku związanego z pielęgnacją dziecka (*Kiedy zajmuję się dzieckiem, jestem niespokojna*);
 - d) podskala nadużycia (*Robiłam rzeczy, które mogły szkodzić mojemu dziecku*).

Kwestionariusz ten stosowany jest w okresie okołoporodowym. W badaniu brały udział matki dzieci kilkumiesięcznych, otrzymane wyniki należy więc traktować w sposób przesiewowy, pozwalający stwierdzić ewentualne różnice międzygrupowe.

Wyniki

W celu odpowiedzi na pierwsze pytanie, dotyczące rodzaju więzi między matką a dzieckiem w zależności od tego, jaki był typ jej relacji z własną matką przeprowadzona została analiza wariancji ANOVA 2 x 2, w której zmiennymi niezależnymi były poziom (niski vs. wysoki) troski oraz poziom kontroli matek badanych kobiet, natomiast zmiennymi zależnymi wyniki w Kwestionariuszu Postpartum Bonding Questionnaire oraz wynik w ESDP.

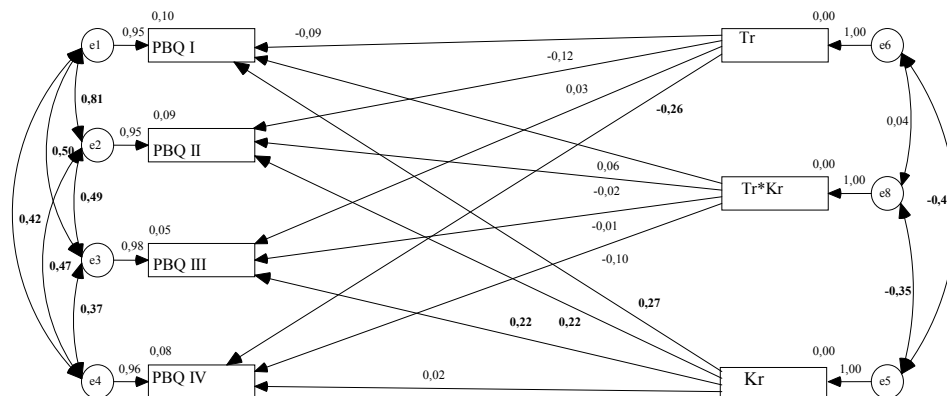
Wyniki analizy wariancji przedstawia tabela 1. Jedynie w odniesieniu do czynnika troski utrwalonej w obrazie własnej matki istnieją istotne statystycznie różnice w poziomie więzi matek z niemowlętami. We wszystkich skalach kwestionariusza Postpartum Bonding Questionnaire, przy dużej trosce własnej matki, badane kobiety uzyskują niższe, bardziej optymalne wyniki. Warto podkreślić jednak, że obserwowane różnice, chociaż statystycznie istotne, sięgają jedynie kilku procent wariancji.

Tabela. 1. Rozkład liczby badanych kobiet pod względem natężenia kontroli i troski ich matek na podstawie kwestionariusza Parental Bonding Instrument

Troska utrwalona w obrazie matki	Kontrola utrwalona w obrazie matki		Ogółem
	Słaba (<13,5)	Znaczna (>13,5)	
Słaba (<26,5)	32	53	85
	21,33%	35,33%	56,67%
Głęboka (>26,5)	52	13	65
	34,67%	8,67%	43,33%
Ogółem	84	66	150
	56,00%	44,00%	100,00%

chi 2(1) = 26,814; p < 0,001; Cc = 0,389

W celu zrozumienia rzeczywistej siły korelacji między poszczególnymi czynnikami obrazu własnej matki u młodych kobiet a poszczególnymi czynnikami więzi z dzieckiem przeprowadzono analizę w modelu równań strukturalnych. Metoda ta umożliwia uwzględnienie w analizie statystycznej — oprócz zmiennych obserwowalnych, jawnych, mierzonych podczas badania — również tzw. zmiennych latentnych. Nie są one bezpośrednio mierzone w badaniu, lecz są wyprowadzone z teorii [22]. Obserwowany wzór zależności pomiędzy zmiennymi ukrytymi pomaga w określeniu efektów przyczynowych z wariacji nie wyjaśnionej. Wyniki przeprowadzonej analizy równań strukturalnych przedstawia rycina 1.

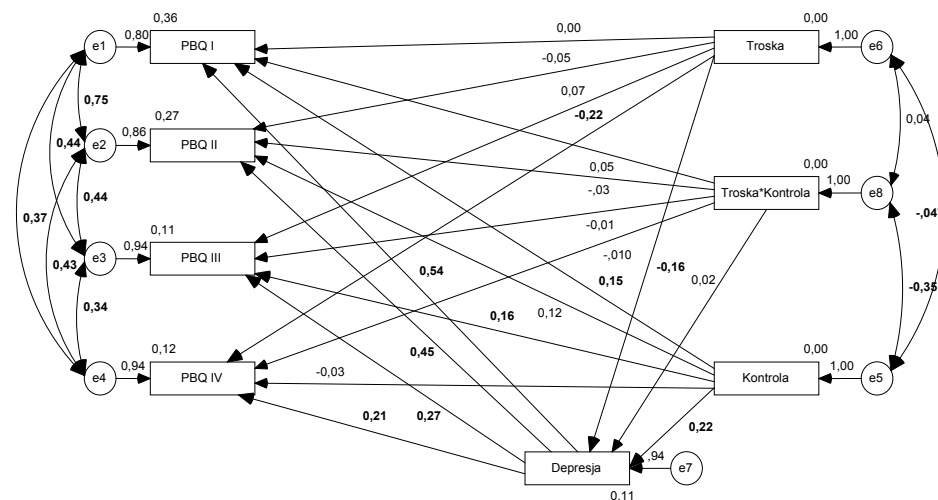


Ryc. 1. Wyniki analizy równań strukturalnych dotyczącej schematu związków między badanymi czynnikami: podskalami kwestionariusza Postpartum Bonding Questionnaire, gdzie PBQ I — oznacza problemy z więzią, PBQ II — złość i odrzucenie, PBQ III — lęk dotyczący pielęgnacji, PBQ IV — nadużycie oraz kwestionariusza Parental Bonding Instrument, gdzie Tr oznacza Troskę, a Kr kontrolę

Troska utrwalona w obrazie własnej matki istotnie związana była z wynikami w podskali kwestionariusza Postpartum Bonding Questionnaire oceniającej ryzyko nadużycia dziecka ($\beta = -0,25$). Troska własnej matki obniża wyniki w tej skali. Natomiast rygorystyczna kontrola okazała się istotnie związana z wynikami w skali 1 — problemy z więzią

($\beta = 0,27$), skali 2 — złość i odrzucenie ($\beta = 0,22$), i skali 3 — lęk związany z pielęgnacją dziecka ($\beta = 0,22$): większa kontrola ze strony matki podwyższa wyniki w tych skalach.

W drugim wyprowadzonym modelu, przedstawionym na rys. 2, sprawdzono rolę depresji poporodowej w kształtowaniu się związku między obrazem własnej matki, badanym za pomocą Parental Bonding Instrument, a więzią z dzieckiem, ocenianą na podstawie Postpartum Bonding Questionnaire.



Ryc. 2. Wyniki analizy równań strukturalnych badającej rolę depresji poporodowej, badaną na podstawie wyników w ESDP w kształtowaniu się związku między obrazem własnej matki, badanym na podstawie Parental Bonding Instrument, i więzią z dzieckiem, badanej na podstawie Postpartum Bonding Questionnaire, gdzie PBQ I — oznacza problemy z więzią, PBQ II — złość i odrzucenie, PBQ III — lęk dotyczący pielęgnacji, PBQ IV — nadużycie

Analiza wykazała, że troska utrwalona w obrazie matki wiąże się z depresją poporodową nieznacznie obniżając niebezpieczeństwo wystąpienia jej objawów ($\beta = -0,15$). Depresja poporodowa natomiast wiąże się z wynikami dziecka w skali 4 dotyczącej jego nadużycia ($\beta = 0,21$). Związek troski w obrazie własnej matki z wynikami w skali 4 pozostaje jednak na podobnym poziomie ($\beta = -0,22$) jak u matek bez depresji. Oznacza to, że troska doświadczona w dzieciństwie od własnej matki związana jest z wynikami w skali 4 kwestionariusza Postpartum Bonding Questionnaire niezależnie (w sposób addytywny) od wpływu depresji. Kontrola w dzieciństwie okazała się istotnie ($\beta = 0,22$) związana z objawami depresji poporodowej badanymi za pomocą ESDP. Wyniki w ESDP są natomiast istotnie związane z wynikami w skali 2 oceniającej złość i odrzucenie ($\beta = 0,45$). Związek między kontrolą utrwaloną w obrazie własnej matki a złością przeżywaną w kontakcie z dzieckiem zależny jest od wystąpienia depresji poporodowej. Gdy depresja nie wystąpi, ujawnia się efekt wpływu kontroli w dzieciństwie przez własną matkę na poziom złości i odrzucenia, natomiast przy wystąpieniu depresji poporodowej wpływ kontroli matki jest skierowany raczej na intensyfikację objawów depresji, nie wpływa bezpośrednio na relację z dzieckiem w skali 2 oceniającej złość i odrzucenie.

Omówienie wyników

Przeprowadzone analizy umożliwiły w pewnym stopniu uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Subiektywnie postrzegana relacja z własną matką okazała się istotnie związana zarówno z objawami depresyjnymi, jak i relacją w diadzie matka — dziecko. Zaobserwowano istotny statystyczny związek czynnika wysokiej troski w obrazie własnej matki z niższymi (bardziej optymalnymi) wynikami w Postpartum Bonding Instrument. Troska doświadczana w dzieciństwie od własnej matki nieznacznie obniża również niebezpieczeństwo wystąpienia depresji poporodowej. Zaobserwowano również efekt dotyczący ochronnej roli troski w sytuacji wystąpienia depresji poporodowej: obniża ona ryzyko przemocy i zaniedbania dziecka. Wyższa kontrola ze strony własnej matki podwyższa nieznacznie wyniki w skalach: 1 — problemy z więzią, 2 — złość i odrzucenie oraz 3 — lęk związany z pielęgnacją dziecka. Interesująca jest również rola depresji w związku kontroli z wynikami w skali 2 — złość i odrzucenie: gdy depresja poporodowa nie wystąpi, ujawnia się efekt wpływu kontroli w dzieciństwie na poziom złości i odrzucenia, natomiast przy wystąpieniu depresji poporodowej wpływ kontroli własnej matki jest skierowany raczej na intensyfikację objawów depresji, nie wpływając bezpośrednio na wyniki w podskali złości i odrzucenia.

Jak można rozumieć ochronny wpływ charakteryzującego się troską obrazu wewnętrznego? Naukowcy zorientowani psychoanalitycznie są zgodni, że dla procesu przystosowywania się do nowej sytuacji ważna jest identyfikacja z obiektem macierzyńskim [23, 24]. T. Benedek [24] pisze o tym jako o centralnym punkcie w stawianiu się matką przez kobietę. Otrzymane wyniki oraz przytoczone we wstępie doniesienia z literatury, wydają się wskazywać na znaczenie postrzeganych jako troskliwe obiektów do identyfikacji. Matki, niemające możliwości identyfikacji z wewnętrznym troskliwym opiekunem, mogą mieć większą tendencję do doświadczania trudności w budowaniu relacji z niemowlęciem. Nasuwa się więc pytanie: jak pomóc tej grupie kobiet? W leczeniu poporodowych zaburzeń depresyjnych badania potwierdzają skuteczność psychoterapii — zarówno indywidualnej [25], jak i grupowej — oraz konsultacji domowych prowadzonych przez położne. Pielęgniarki zajmujące się domową opieką nad matkami doświadczającymi zaburzeń depresyjnych szkolone są, by w nieocenianym sposobie słuchać i towarzyszyć młodej matce w jej dylematach — badania pokazują, że oddziaływania te mają wysoką skuteczność [26, 27]. Można postawić hipotezę, iż — w świetle otrzymanych wyników — wśród korzyści płynących z terapii i kontaktu podtrzymującego realizowanego przez położne ważną wydaje się możliwość stworzenia przez kobietę relacji z lekarzem psychiatrą, psychoterapeutą lub grupą innych matek, która będzie mogła być przeżywana jako troskliwa oraz opiekuńcza, wspierająca, a nie kontrolująca. Możliwość zbudowania takiej relacji w okresie początków macierzyństwa może być ważnym elementem identyfikacyjnym w budowaniu swojej tożsamości macierzyńskiej. Relacja taka może stanowić korektywne doświadczenie emocjonalne — zapewniając matce wsparcie, ułatwi jej zaopiekowanie się własnym dzieckiem.

Warto też podkreślić ograniczenia przeprowadzonego badania. Miały one charakter kwestionariuszowy. W celu potwierdzenia zaobserwowanych zależności ważną wydawałaby się możliwość oceny stanu kobiety przez lekarza psychiatrę, nagrywania interakcji w diadzie matka — dziecko oraz longitudinalnego monitorowania zarówno funkcjonowania badanych matek, jak i rozwoju więzi w badanych diadach.

Wnioski

1. Troska doznana w dzieciństwie od własnej matki, oceniana na podstawie kwestionariusza Parental Bonding Instrument, pełni rolę czynnika ochronnego, o czym świadczą optymalne wyniki kwestionariusza Postpartum Bonding Questionnaire oraz niższe wyniki w ESDP.
2. Wyższe wyniki w kwestionariuszu ESDP związane są z większym ryzykiem nadużycia dziecka, troska utrwalona w obrazie własnej matki pełni tu jednak funkcję ochronną.
3. Badany za pomocą kwestionariusza Parental Bonding Instrument obraz własnej matki nacechowany kontrolą związany jest z wynikami w skali 2 (złość i odrzucenie) kwestionariusza Postpartum Bonding Questionnaire. Związek ten jest zależny od wystąpienia depresji poporodowej. Gdy depresja poporodowa nie wystąpi, ujawnia się efekt wpływu kontroli matki na wyniki skali złości i odrzucenia, natomiast przy wystąpieniu depresji poporodowej wpływ kontroli matki jest skierowany raczej na intensyfikację objawów depresji.

Piśmiennictwo

1. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatr.* 1996; 8: 37–54.
2. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in South African peri-urban settlement. *Brit. J. Psychiatr.* 1999; 175: 554–558.
3. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F, Forde V, Butler SC. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2000; 41: 747–757.
4. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101: 209–217.
5. Born L, Zinga D, Steinem M. Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Prim. Psychiatry* 2004; 11: 29–36.
6. Puzyński S, Wiórka J, red. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
7. Nylén K, Moran T, Franklin C, O'Hara M. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Inf. Ment. Health J.* 2006; 27: 327–343.
8. Field T, Diego M, Llargie S. Depressed mothers' newborns show longer habitation and fail to show face/voice preference. *Inf. Ment. Health J.* 2002; 23: 643–653.
9. Jones JA, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Inf. Beh. Develop.* 1998; 21: 537–541.
10. Jones JA, Field T, Fox NA, Lundy B, Davalos M. EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers. *Dev. Psychopathol.* 1997; 9: 491–505.
11. Goodman S, Emory EK. Perinatal complications in births to low SES schizophrenic and depressed women. *J. Abn. Psychol.* 1992; 101: 225–229.
12. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Chic-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotrophin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66: 162–169.
13. Uddenberg N, Nilsson L. The longitudinal course of prenatal emotional disturbances. *Acta Psychiatr. Scand.* 1975; 52: 160–169.

14. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. A prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J. Abnor. Psychol.* 1991; 100; 122–132.
15. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: Past and current relationship. *J. Affect. Disord.* 2005; 84: 15–24.
16. Blum L. Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoan. Psychol.* 2007; 24: 45–62.
17. Raphael-Leff J, red. Spilt milk – perinatal loss and breakdown. London: Institute of Psychoanalysis; 2007.
18. Adcock JS. Expectations they cannot meet: Understanding postnatal depression. *Prof. Nurs.* 1993; 8: 703–710.
19. Steinem M, Yonkers K. Depresja u kobiet. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 1999.
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit. J. Psychiatry* 1987; 150 782–786.
21. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch. Wom. Ment. Health.* 2001; 4; 133–140.
22. Cwalina W. Zastosowanie modelowania równań strukturalnych w naukach społecznych. Za: <http://www.statsoft.pl/czytelnia/badaniainaukowe/d4spol/nazastosowaniemmod3.pdf>, stan z dnia 01.10.2007.
23. Benedek T. Parenthood as developmental phase. A contribution to the libido theory. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1959; 7: 389–417.
24. Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli RM, Lucarelli L, Vismara L, Odorisio F, Cimino SA. A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Inf. Ment. Health J.* 2006; 27: 70–90.
25. O'Hara M, Stuart S, Gorman L, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57: 1039–1045.
26. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in general practice setting: controlled study of health visitors intervention in treatment of postnatal depression. *Brit. Med. J.* 1989; 223–226.
27. Wickberg B, Huang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 94, 181–184.

Adres: Magdalena Chrzan-Dętkoś
Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Bażyńskiego 4, 80-309 Gdańsk
e-mail: psymcd@univ.gda.pl

Biblioteka Psychiatrii Polskiej

w serii ukazały się m.in. następujące pozycje (jeszcze dostępne u wydawcy):

- Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy**
pod red. J. Wciórki (21 zł)
- Epidemiologia zaburzeń psychicznych** pod red. A. Kiejny i J. Rymaszewskiej (36 zł)
- Genetyka molekularna zaburzeń psychicznych** pod red. J. Rybakowskiego i J. Hauser (36 zł)
- Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006** J.W. Aleksandrowicz, K. Klasa, J.A. Sobański, D. Stolarska (39 zł, z programem obliczeniowym na CD 57 zł)
- Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu** pod red. J. Bomby i B. Józefik (32 zł)
- Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki. Tom 2.**
pod red. B. Józefik i M. Pileckiego (42 zł)
- Lęk w zaburzeniach psychicznych** R. Jaeschke, M. Siwek, B. Grabski, D. Dudek (26 zł)
- Mózg i psyche. W stulecie utworzenia Katedry Psychiatrii i Neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Pokłosie jubileuszowego sympozjum** pod red. J. Bomby i M. Pileckiego (47 zł)
- Najnowsze techniki neuromodulacyjne w terapii zaburzeń depresyjnych**
praca zespołowa pod red. T. Zyssa, A. Zięby i D. Dudek (42 zł)
- Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne** pod red. J. Meder (42 zł)
- Powikłania somatyczne jądłowstrętu psychicznego** pod red. J. Rabe-Jabłońskiej (42 zł)
- Problemy zdrowia psychicznego kobiet** pod red. J. Meder (37 zł)
- Psychiatria konsultacyjna, psychiatria Liaison** pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (16 zł)
- Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej** pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (26 zł)
- Psychiatryczne skale oceny w zaburzeniach afektywnych** pod red. A. Kiejny, J. Rybakowskiego, D. Dudek (45 zł)
- Psychoonkologia** pod red. K. de Walden-Galuszko (31 zł)
- Psychoterapia schizofrenii** pod red. J. Meder i M. Sawickiej (42 zł)
- Psychoterapia, psychiatria społeczna – wybrane zagadnienia** Stefan Leder (32 zł)
- Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie** pod red. J. Meder (32 zł)
- Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu** Joanna Mazur (37)
- Rola czynników zakaźnych w zaburzeniach psychicznych** pod red. F. Rybakowskiego (33 zł)
- Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia** Konstantinos Tsirigotis, Wojciech Gruszczyński (37 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie** pod red. J. Bomby (21,00 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 2** pod red. J. Bomby i B. de Barbaro (31 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 3** pod red. A. Cechnickiego i J. Bomby (37 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 4**
pod red. J. Bomby, M. Rostworowskiej, Ł. Müldnera-Nieckowskiego (42 zł)
- Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej**
Jerzy W. Aleksandrowicz, Jerzy A. Sobański (42 zł)
- Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa**
Bartosz Grabski, Dominika Dudek (32 zł)
- Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych** pod red. A. Borkowskiej (37 zł)
- Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne**
pod red. A. Borkowskiej (45 zł)
- Zaburzenia psychiczne u mężczyzn. Wybrane zagadnienia** pod red. J. Meder i M. Sawickiej (37 zł)
- Zachowania agresywne. Przeciwdziałanie, leczenie** pod red. J. Meder (42 zł)

Dział kolportażu KRW PTP: ul. Lenartowicza 14 31-138 Kraków
email: kolportaz@psychiatriapolska.pl
tel./fax: 12 633 40 67, www.psychiatriapolska.pl, zakładka „Biblioteka”
Wszystkie ceny zawierają podatek VAT 5%