

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA I KVALITETA RODITELJSTVA

Završni magistarski rad

Studentica: Belma Zorić

Mentorica: Doc. dr. Đenita Tuce

Sarajevo, 2020.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definiranje postporodajne depresije	3
1.2. Druge psihičke teškoće u postporodajnom razdoblju	6
1.2.1. <i>Postporodajna tuga</i>	6
1.2.2. <i>Postporodajna anksioznost</i>	7
1.2.3. <i>Postporodajna psihoza</i>	7
2. UZROCI I FAKTORI RIZIKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE	8
2.1. Teorije nastanka postporodajne depresije	8
2.2. Faktori rizika	11
3. POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA, KVALITETA RODITELJSTVA I RAZVOJ DJETETA . 14	
3.1. Postporodajna depresija i kvaliteta roditeljstva	14
3.2. Postporodajna depresija i dječiji razvoj	17
3.3. Postporodajna depresija kod očeva	21
4. PREVENCIJA I TRETMAN POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE	22
5. ZAKLJUČAK	26
6. LITERATURA	28

Postporođajna depresija i kvaliteta roditeljstva

Belma Zorić

Sažetak

Najčešći mentalni poremećaj u postporođajnom razdoblju je depresija. Pored depresije, za vrijeme trudnoće i nakon poroda, mogu se javiti i postporođajna tuga, anksioznost i psihoza. U okviru rada se nastojalo odgovoriti slijedeća pitanja: Koji su uzroci i faktori rizika za nastanak postporođajne depresije? Kakav utjecaj postporođajna depresija ima na razvoj djece i kvalitetu roditeljstva? i Na koji način se može prevenirati i tretirati postporođajna depresija? Teorije postporođajne depresije, kroz različite domene nude uvid u pozadinu nastanka i održavanja depresije u periodu nakon poroda. Medicinski model kroz različite teorije objašnjava patološko djelovanje hormona. Sa psihodinamskog stajališta, do postporođajne depresije dolazi uslijed neriješenih majčinih konflikata iz djetinjstva. Kognitivni pristup naglašava karakteristike ličnosti, poput perfekcionizma i kognitivnih distorzija. Suprotno tome, bihevioralni teoretičari značaj pripisuju važnim životnim događajima. Literatura koja objedinjuje faktore rizika za razvoj postporođajne depresije je mnogobrojna, ali u osnovi se svi faktori mogu svrstati u biološke i psihosocijalne. Ne treba zanemariti ni učinak temperamenta novorođenčeta pogotovo ako se radi o pretežno razdražljivoj ili hipertoničnoj bebi. Kvaliteta roditeljstva može biti značajno narušena zbog teškoća koje roditelji doživljavaju prilikom posvećivanja i brige o djeci. Povlače se, ne reaguju na potrebe djece, što u konačnici vodi ka zanemarivanju. Promjene u roditeljskom ponašanju, izazvane depresijom, ostavljaju dugotrajne posljedice na fizički, psihički, kognitivni, emocionalni i bihevioralni razvoj djece. Tretmani postporođajne depresije često uključuju psihijatrijske intervencije, psihoterapiju, farmakoterapiju, tehnike opuštanja, edukativne sadržaje, te socijalnu podršku. U posljednjih nekoliko godina, istraživači su posvećeni kreiranju tretmana koji će, osim pružanja pomoći majkama, biti fokusirani i na djecu.

Ključne riječi: postporođajna depresija, kvaliteta roditeljstva, uzroci i faktori rizika postporođajne depresije, tretman

1. UVOD

Preuzimanje roditeljske uloge sa sobom donosi nove odgovornosti i stresove, a u kombinaciji sa depresijom dodatno smanjuje resurse roditelja za brigu o novorođenčetu. Veliki broj porodica se bori i prolazi kroz postporođajnu depresiju, ali nisu u mogućnosti ili ne žele potražiti pomoć zbog toksične kombinacije nedostatka svijesti o ovom poremećaju, nepristupačnosti kvalitetnih opcija za liječenje, te straha od stigmatizacije od strane okoline. Postporođajna depresija dugo vremena nije bila priznata ni od strane medicinskog osoblja, kao stanje koje se treba liječiti, a u Dijagnostički i statistički priručnik (DSM) je uvrštena tek 1994. godine (Battle i Zlotnick, 2005).

Postporođajna depresija nosi društvenu stigmupravu zbog ustaljenog mišljenja da je majka kriva i nezahvalna na rođenju djeteta. Kao posljedicu, one se na sve načine trude sakriti depresivne simptome što može rezultirati mislima, kao što su kako naštetiti sebi ili svojoj bebi. Također je moguće da majke zapravo nisu svjesne kroz šta prolaze, odnosno da imaju problem, zbog nedostatka edukacije, koja je opet posljedica stigme.

Historijski gledano, teoretičari su za ponuditi imali različite varijante etiologije, dijagnoze i liječenja postporođajne depresije. Hipokrat je, u 4. stoljeću p.n.e., kao uzrok psihičkih problema u postporođajnom periodu, predložio lohijalni iscjedak koji izlazi iz maternice kod poroda, te koji, ako se potisne, može otići do mozga i izazvati agitaciju, delirijum i manične epizode. Tortula, porodični ljekar iz 13. stoljeća, vjerovao je da do postporođajne depresije dolazi zbog nakupine vode i vlažnosti u maternici. Pored toga, majke koje su pokazivale depresivne simptome nakon poroda su proglašavali vješticama ili žrtvama magije. Melanholično stanje nakon poroda su nazivali i *poremećajem majčinskog instinkta*, a veliku pažnju je privlačio i sve veći broj ubistava novorođenčadi od strane majke, koji je bio poznat pod nazivom *melanholično ubistvo* (eng. *melancholic filicide*). U 19. stoljeću, Jean-Etienne Esquirol postao je prvi liječnik koji je pružio detaljne izvještaje o slučajevima psihijatrijskih bolesti koje se javljaju nakon porođaja i prvi put je opisao dvije kategorije postporođajnih psihijatrijskih bolesti, puerperalnu i laktacijsku. Louis-Victor Merce je, 1858., objavio prvi rad o postporođajnim mentalnim bolestima, „*Traktat o ludilu*

kod trudnica, roditelja i dojilja". Merce je opisao i etiologiju postporođajne depresije kao funkcionalne i organske promjene ženskog reproduktivnog sistema nakon porođaja (Hamilton, 1962; prema Mustafa, 2016).

Zajedničko obilježje svih depresivnih poremećaja, pa tako i postporođajne depresije je prisutnost tužnog, ispraznog ili razdražljivog raspoloženja, praćenog somatskim i kognitivnim promjenama koje značajno utječu na sposobnost funkcioniranja osobe. Poput velikog depresivnog poremećaja koji se javlja u drugim periodima života žene, postporođajna depresija uzrokuje ličnu patnju i umanjuje sposobnost i funkcioniranje majke u mnogim domenama, a najviše umanjuje majčinu brigu za novorođenčeta. Međutim, ono što postporođajnu depresiju čini specifičnim problemom jeste upravo kritični period u kojem se javlja. Postporođajna depresija je prodorna i može da širi svoje negativne efekte, počevši od ranih poteškoća u ostvarivanju veze između majke i djeteta, neprilagođene brige za dijete, te teškoće u prilagodbi na novu ulogu roditelja. Negativni utjecaji se mogu primijetiti i u socijalnom, emocionalnom i bihevioralnom razvoju, prije svega novorođenčeta, djeteta, predadolescenta, adolescenta, sve do odrasle dobi (Pereira i sur., 2017).

U okviru ovog rada nastojati će se odgovoriti na slijedeća pitanja:

1. Koji su uzroci i faktori rizika za nastanak postporođajne depresije?
2. Kakav utjecaj postporođajna depresija ima na razvoj djece i kvalitetu roditeljstva?
3. Na koji način se može preventirati i tretirati postporođajna depresija?

1.1. Definiranje postporodajne depresije

Depresija je najčešći mentalni poremećaj u postnatalnom periodu. Postporodajna depresija uključena je u peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-5), kao „*velika depresivna epizoda s peripartalnim početkom, ako se simptomi vezani uz raspoloženje pojave tijekom trudnoće ili unutar 4 sedmice nakon poroda.*“ (DSM-5, 2013). Kada se upoređuju dijagnostički kriteriji DSM-IV i DSM-5, važno je uočiti razliku u kriteriju početka pojave simptoma. U četvrtom izdanju DSM-a, depresivni simptomi su se posmatrali samo u postnatalnom periodu, dok se u petom izdanju, simptomi, uzimaju u obzir još za vrijeme trajanja trudnoće. Ako se u obzir uzme da otprilike jedna trećina postporodajne depresije počinje u trudnoći, te jedna trećina prije trudnoće ovaj odrednik ima smisla (Wisner i sur., 2013; prema Pereira i sur., 2017).

Simptomi postporodajne depresije su gotovo isti kao i simptomi velikog depresivnog poremećaja. Tjelesne simptome karakterizira nedostatak sna, manjak energije i apetita, glavobolja, bolovi u prsima, problemi sa srcem i hiperventilacija. Anksioznost i pretjerana briga, zbunjenost, tuga, osjećaj beznađa i suicidalne misli su neki od emocionalnih simptoma koji se mogu javiti. U ponašanju se mogu primijetiti prekomjerno plakanje, pretjerana osjetljivost i razdražljivost i napadi panike (Regus, 2012). Kriteriji iz DSM-5 (APA, 2013) zahtijevaju da najmanje pet simptoma bude prisutno najmanje pet sedmica, gotovo svaki dan. Jedan od simptoma mora biti: depresivno raspoloženje i / ili gubitak zanimanja ili uživanja. Ostali simptomi mogu uključivati: značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini, nesаница ili pretjerano spavanje; psihomotorni nemir ili usporenost; umor ili gubitak energije; osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neodgovarajuće krivnje; smanjena sposobnost mišljenja ili koncentriranja ili neodlučnost; ponavljajuća razmišljanja o smrti ili samoubilačke ideje. Simptomi moraju uzrokovati klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, profesionalnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Ova epizoda se ne može pripisati fiziološkim učincima neke psihoaktivne tvari ili drugog zdravstvenog stanja. Pojava velike depresivne epizode ne može se bolje objasniti shizoafektivnim poremećajem, shizofrenijom, shizofreniformnim

poremećajem ili drugim poremećajima iz spektra shizofrenije. Prema desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti, postporođajna depresija se klasificira kao poremećaj koji počinje u prvih šest sedmica nakon porođaja. Iako su to službeni dijagnostički kriteriji i smjernice, nekoliko istraživača na tom području naglasilo je potrebu produžavanja vremenskog okvira javljanja i trajnja simptoma na godinu dana nakon porođaja (WHO, 2010; prema Pereira i sur., 2017).

Iako nisu poznati tačni podaci o zastupljenosti u populaciji, neka istraživanja su pokazala da se javlja kod 10 do 15% majki bez obzira na dob, etničku pripadnost, društveni položaj, bračni status ili broj prethodnih trudnoća (Vigod, Villegas i Dennis, 2010). Češća je kod osoba koje su i prije trudnoće doživjele depresivne epizode ili ukoliko postoji historija postporođajne depresije u obitelji (Stojanov, Stanković, Žikić i Antonijević, 2019). Unatoč mnogim pokušajima, još uvijek ne postoji jedinstveno objašnjenje za njenu pojavu. Trudnoća je sama po sebi stresna, ali je često popraćena i drugim stresnim okolnostima, kao što su siromaštvo, kućanstva sa više djece, samohrano majčinstvo i strah od poroda.

Novija američka epidemiološka studija je pokazala da, iako trudnoća nije povezana s povećanim rizikom za najučestalije mentalne poremećaje, rizik od velikih depresivnih poremećaja se može povećati tijekom prvih porođajnih mjeseci (Vesga-Lopez, Blanco, Keyes, Olfson, Grant i Hasin, 2008). Pored toga, kod žena sa značajnim već postojećim poremećajima raspoloženja, rizik od ponovnog javljanja simptoma veći je nego u bilo kojem drugom razdoblju (Cohen i sur., 2006; prema Pereira i sur., 2017). Učestalost depresije je veća u prvih pet sedmica nakon porođaja, vjerovatno zbog stresnog učinka samog događaja (Cox, Murray i Chapman, 1993). Postnatalna depresija ima kraće trajanje od one u drugim razdobljima. Međutim, ako se ne liječi, simptomi u više od 10% slučajeva mogu da potraju i do 6 mjeseci (Steel i Cantwell, 2010). Da li učestalost depresije dostiže vrhunac u perinatalnom razdoblju ostaje kontroverza, jer se procjene uglavnom temelje na uzorku žena koje prvi puta traže pomoć, a ne na generalnoj zajednici (Pereira i sur., 2017).

Kvalitativnom analizom podataka utvrđene su četiri ključne teme iz iskustva majki u postnatalnoj depresiji (Beck 2002; prema Steel i Cantwell, 2010):

- nesklad između očekivanja i stvarnosti majčinstva;
- pogoršanje negativnih osjećanja;
- prožimajući osjećaj gubitka kontrole, osjećaja sebe i odnosa sa drugima;
- priznavanje potrebe za pomoći, što vodi ka reintegraciji i promjenama.

Zbog značajnih fizioloških promjena koje karakteriziraju trudnoću i porođaj, drastičnih promjena u nivoima hormona i poremećaja u raspoloženju, apetitu, energiji i snu postoje tvrdnje da je postporođajna depresija različita po vrsti od depresije koja se javlja u drugim periodima života (Bloch i sur., 2000; prema O'Hara i McCabe, 2013). Čak i nedepresivne žene nakon porođaja redovno doživljavaju mnoge simptome koji su obično karakteristični za depresiju kod žena u postporođajnom periodu, poput umora, poremećaja apetita i poremećaja spavanja (Cox i sur. 1987; prema O'Hara i sur. 1990; prema O'Hara i McCabe, 2013). Ovi pokazatelji dovode u pitanje valjanost dijagnosticiranja depresije u postporođajnom periodu.

Kako bi provjerili dileme vezane za kompatibilnost depresivnih simptoma u postporođajnom periodu i drugim razdobljima života, O'Hara i suradnici (2012; prema O'Hara i McCabe, 2013) su procijenili psihometrijsku strukturu depresije u dva pomenuta slučaja. Autori su koristili Inventar simptoma depresije i anksioznosti (Watson i sur., 2007; prema O'Hara i sur., 2012; prema O'Hara i McCabe, 2013) i uporedili strukturu depresije (pri tome se oslanjajući na osam subskala relevantnih za depresiju - disforija, loše raspoloženje, umor, nesanica, gubitak apetita, povećanje apetita, suicidalnost, i blagostanje) kod roditelja i žena u drugim razdobljima života. Rezultati su otkrili da se jednofaktorski model dobro uklapa u podatke oba uzorka. Cox i suradnici (1987; prema O'Hara i McCabe, 2013) tvrde da upravo somatski simptomi, koji su karakteristični za postporođajni period, a koje doživljavaju gotovo sve roditelje, mogu komplicirati procjenu depresije u periodu nakon porođaja. Ipak, pomenuti simptomi i dalje su dobri pokazatelji depresije kod žena nakon porođaja. Struktura depresije u obje grupe je nevjerovatno slična i potvrđuje da su čak i

somatski simptomi koji se često manifestiraju i kod nedeprisivnih roditelja valjani pokazatelji postporođajne depresije (O'Hara i McCabe, 2013).

Postoje i dodatni nalazi koji ukazuju na specifičnost postporođajne depresije. Na primjer, Cooper & Murray (1995) otkrili su da su žene čije je prvo iskustvo sa depresijom bilo u postporođajnom razdoblju imale povećan rizik za buduće epizode postporođajne depresije, ali ne i za depresivne epizode izvan tog razdoblja. Suprotno tome, žene čija je PPD-a predstavljala povratnu (ponovljenu) depresiju bile su izložene povećanom riziku za depresivne epizode koje se javljaju izvan postporođajnog razdoblja, ali ne i u postporođajnom razdoblju. O'Hara i McCabe (2013) sugeriraju da ovi nalazi, iako nisu replicirani, ukazuju na postojanje podskupova postporođajne depresije koji su posebno povezani uz rođenje djeteta (moguće biološki posredovani), dok drugi odražavaju općenitiju psihološku ili biološku ranjivost na depresiju, u kojoj rođenje djeteta, u širem smislu, predstavlja generalizovani stresor.

1.2. Druge psihičke teškoće u postporođajnom razdoblju

1.2.1. Postporođajna tuga

Postporođajnu depresiju je važno razlikovati od ostalih postnatalnih poremećaja. Najkraći i po intenzitetu najslabiji poremećaj je postporođajna tuga (engl. *baby blues*), sa prevalencom od 85% u prva tri dana. Javlja se u prve dvije sedmice nakon porođaja, te može biti prediktor postporođajne depresije (Henshaw, 2003). Simptomi koji se manifestiraju kod postporođajne tuge su najčešće manjak energije, zbunjenost, anksioznost, ranjivost, plačljivost, nagle promjene raspoloženja. Iako se smatra da nastaje zbog neravnoteže u endrogenom sistemu, odnosno smanjenja razine estrogena i progesterona, ne isključuje se i djelovanje stresa i depresivnih epizoda, prije i za vrijeme trudnoće (Evans, Heron, Francomb i sur., 2001). Povećana anksioznost i depresivnost u trećem tromjesečju predviđaju postnatalnu tugu. Slično tome, ne postoje ponovljeni dokazi koji bi povezali

postnatalni blues s psihosocijalnim varijablama. Međutim, nagli pad u razini estrogena i progesterona koji se javljaju u ovom periodu se mogu uzeti u razmatranje (Steel i Cantwell, 2010). Priprema i pohađanje prenatalnih časova za trudnice, podrška profesionalaca, porodice i prijatelja obično su dovoljni za pozitivno razrješenje ovog perioda.

1.2.2. Postporođajna anksioznost

Anksiozni poremećaji se često ne shvataju ozbiljno, iako su jako česti. Prevalenca postporođajnog anksioznog poremećaja je 20%. Simptomi koji prate anksioznost su osjećaj straha, potencijalne opasnosti, ugoženosti, te izbjegavanje situacija koje izazivaju nelagodu. U toku trudnoće anksioznost se može manifestirati kroz strah od poroda, a nakon rođenja, kroz strah za vlastiti ili život djeteta, te nekopetentnost. Čimbenici povezani s postporođajnom anksioznošću uključuju mlađu dob, visoko obrazovanje, pušenje u trudnoći, veći broj stresora tokom trudnoće, nedostatak podrške u porodici i prijevremeni porođaj. Postporođajna anksioznost značajno utječe na skraćeno trajanje dojenja i povećanje neplanirane zdravstvene zaštite majke (Chandra, Varghese i Supraja, 2017).

1.2.3. Postporođajna psihoza

Postporođajna psihoza je rijetko i vrlo ozbiljno stanje, sa prevalencom od 0,1 do 0,2%, te od 1 do 2% u slučajevima da osoba ima historiju sličnih poremećaja. Karakterišu je negativno raspoloženje, uznemirenost zbog osjećaja nesposobnosti brige o novorođenčetu, oslabljena psihomotorna aktivnost, anksioznost, umor, loša koncentracija, sumnjičavost (Brockington, 1988, Schatzberg, 1992; prema Sit, Rothschild i Wisner, 2006), halucinacije, deluzije, manija (Heron, McGuinness, Blackmore, Craddock i Jones, 2008). Također postoji i visoki rizik od čedomorstva. Simptomi se najčešće javljaju u prvoj sedmici nakon poroda, sa mogućim rizikom pogoršanja tijekom slijedeća tri mjeseca (Heron, McGuinness, Blackmore, Craddock, Jones, 2008). Zbog visokog rizika

ozljeđivanja drugih i samoozljeđivanja, često zahtjeva hospitalizaciju. Osobe sa obiteljskom anamnezom psihoze, koje su i same imale veliki depresivni ili bipolarni poremećaj, prije ili u toku trudnoće, su u većem riziku za razvoj postporođajne psihoze (Wisner, Hanusa, Perel, Peindl, Sit, Findling, i Moses-Kolko, 2006).

2. UZROCI I FAKTORI RIZIKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

U nastavku rada se raspravlja o različitim teorijama nastanka postporođajne depresije, počevši od najstarijeg medicinskog modela, psihodinamskog stajališta, bihevioralnog pristupa i kognitivne teorije. Svaka teorija ima jedinstven pristup u objašnjenju osnova nastanka postporođajne depresije. Nakon toga će biti prikazani rizični faktori koji igraju veliku ulogu u nastanku i održavanju ovog poremećaja. Dijele se na mnoge, ali se mogu svrstati u dvije osnovne kategorije, biološku i psihosocijalnu.

2.1. Teorije nastanka postporođajne depresije

Jedna od teorija nastanka postporođajne depresije je medicinski model Beckove. Prema ovom modelu, depresija u periodu nakon poroda, se smatra patološkim poremećajem raspoloženja koji nije posljedica socijalnih ili okolinskih utjecaja. Zapravo se smatra da su žene pasivne u ovom procesu, te da su pod utjecajem bioloških čimbenika (Beck, 2002; prema Abdollahi, Lye i Zarghami, 2016). Različite su teorije koje objašnjavaju patološko djelovanje hormona, kao što su teorija povlačenja (Bloch, Schmidt, Danaceau, Murphy, Nieman i Rubinow, 2000; prema Abdollahi, Lye i Zarghami, 2016), interakcije između hipotalamičko-hipofizno-gonadalnog sistema i hipotalamičkog-hipofiznog-nadbubrežnog sistema (Young, Midgley, Carlson i Brown, 2000; prema Abdollahi i sur., 2016). Razine hormona poput estrogena, progesterona, beta-endorfina i kortizola povećavaju se tijekom trudnoće i značajno opadaju nakon rođenja. Upravo disbalans i nagle promjene u razinama hormona se povezuju sa pojavom depresije i anksioznosti. Oksitocin, također, ima značajnu

ulogu u trudnoći i dojenju. Istraživanje koje su proveli Stuebe, Grewen i Meltzer-Brody (2013) je pokazalo obrnuto proporcionalnu povezanost između razina oksitocina i simptoma depresije u trećem tromjesečju i osam sedmica nakon poroda. Niže koncentracije oksitocina u trudnoći mogu biti faktor rizika za razvoj postporođajne depresije (Stein, Arteché i Lehtonen, 2010).

Psihodinamska teorija bila je dominantna škola unutar psihijatrije i kliničke psihologije tijekom prvog dijela 20. stoljeća, najprije kada je riječ o tome kako psihoterapiju treba provoditi. Rani psihodinamski pristupi usredotočeni su na međusobnu povezanost uma i mentalnih, emocionalnih ili motivacijskih sila unutar uma koji djeluju u oblikovanju ličnosti (Nemade, Reiss Staats i Dombeck, 2011). Iako su mnogi pisali i istraživali postporođajnu depresiju, uključujući i poznate osobe koje su pisale o svojim iskustvima sa istom, istovremeno, postporođajna depresija dobila je relativno malo pažnje u psihoanalitičkoj i psihodinamskoj literaturi. Prema Blumu (2007) postporođajnu depresiju često karakteriziraju tri specifična dinamička obilježja: sukobi zavisnosti, inhibicija bijesa prema drugima obavijena krivnjom i sukobljene identifikacije pacijentice (rodilje) sa njenom majkom. Sa psihodinamskog stajališta, do postporođajne depresije dolazi uslijed neriješenih majčinih konflikata iz djetinjstva i u porodici, te njenog odnosa sa majkom. Žene, kada postanu majke, imaju tendenciju oponašanja uloge vlastite majke. Međutim, ukoliko postoji odbijanje prihvatanja iste, javljaju se teškoće suočavanja i adaptacije na novu ulogu majke (Abdollahi i sur., 2016). Stručnjaci (Nemade, Reiss Staats, 2011) su istakli i da rađanje djeteta može rezultirati gubitkom vlastitog identiteta i dovesti do povlačenja i gubitka nezavisnosti. Bina (2008) navodi da pored mogućnosti odbacivanja ženskog identiteta, kao posljedice, može doći i do prijetnje i narušavanja majčinog feminizma, povlačenja ljubavi, naklonosti i gubitka nezavisnosti. Nedostatak podrške i negativan stav porodice utječe na dobrobit žena i rezultira negativnim korištenjem odbrambenih mehanizama (Bina, 2008). Menos i Wilson (1998; prema Blum, 2007) proveli su prvo empirijsko istraživanje psihoanalitičkih ideja u postporođajnoj depresiji. Počeli su od pretpostavke da će žene s postporođajnom depresijom pokazati regresivne tendencije u afektnoj toleranciji, izražavanju emocija i ponašanja, na skali epigenetske procjene

(Epigenetic Assessment Rating Scale). Upoređujući grupe žena s postporođajnom depresijom, žene koje nisu imale simptome postporođajne depresije i kontrolnu grupu, potvrdili su svoju hipotezu. Dakle, žene sa PPD-om su pokazivale regresivne tendencije u navedenim područjima u poređenju sa kontrolnom grupom. Nedeprisivne žene imale su slične tendencije kontrolnoj grupi na većini mjera. Jedina mjera na kojoj su se razlikovale, bio je odgovor na projektni podražaj „visokog stresa“, gdje su imale rezultate slične ženama sa postporođajnom depresijom. Menos i Wilson (prema Blum, 2007) sugeriraju da ovi rezultati pokazuju da stanje nakon porođaja doista potiče regresivni trend, ali da je kod zdrave osobe prisutna prilagodljiva fleksibilnost i regresivni trendovi su reverzibilni.

Za razliku od psihodinamskog pristupa koji ističe unutrašnje sukobe, kognitivni pristup naglašava određene karakteristike ličnosti koje predisponiraju nove majke za postporođajnu depresiju. Nerealna očekivanja od porođaja i majčinstva mogu uzrokovati da majke budu zabrinute, kontrolirajuće, perfekcionistački nastrojene i pokazuju kompulzivne sklonosti (Abela i D'alessandro, 2002). Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji (1967; prema Abdollahi i sur., 2016) depresivno raspoloženje nastaje kao rezultat poremećaja misli. Tome doprinose i pesimistične misli usmjerene prema sebi, svijetu i budućnosti. Pored toga, majka može osjećati gubitak kontrole i anksioznost, što vodi ka nedostatku sposobnosti za brigu i zahtjevima roditeljstva (Nemade i sur., 2011). Rođenje djece predstavlja značajan prijelazni životni događaj. Mnogo je socijalnih i interpersonalnih faktora koji se dovode u vezu sa razvojem postporođajne depresije. Oni uključuju slabu socijalnu podršku i bračne nesuglasice (Hammen i Brennan, 2002). Neželjeni događaji u ovom periodu mogu doprinijeti negativnim ishodima.

Prema bihevioralnoj teoriji, depresija u postporođajnom razdoblju može biti rezultat značajnih životnih događaja, koji su narušili optimalni razvoj. Životni stresori i problemi poput razvoda roditelja, niske roditeljske podrške, sukoba sa majkom mogu biti prediktori postporođajne depresije, kao i niskog samopoštovanja (Hammen i Brennan, 2002). Teorija operantnog uvjetovanja kaže da je depresija posljedica nedostatka pozitivnog potkrepljenja poželjnih ponašanja i mogla bi biti znak kazne za nesaglasno ponašanje. Dodatno može biti rezultat smanjene pristupačnosti podrške, lične sposobnosti nošenja sa događajima u

okolini, utjecaja raznih događaja ili kombinacije navedenog. Štoviše, negativne povratne informacije o ponašanju u društvenom kontekstu mogu proizaći iz nedostupnosti podrške porodičnih i drugih društvenih mreža, te povlačenja iz socijalne mreže (Davidson, Rieckmann, Lespérance, 2004; prema Abdollahi, Zarghami i Lye, 2016).

2.2. Faktori rizika

Literatura faktora rizika za nastanak i održavanje postporođajne depresije je mnogobrojna, ali se uglavnom svodi na nekoliko osnovnih domena. Izmeđuostalog, to su sociodemografska, endokrina, akušerska, psihosocijalna. Yim i suradnici (2015; prema Pereira i sur., 2017) smatraju da se pomenuti faktori mogu smjestiti u dvije osnovne kategorije, biološku i psihosocijalnu.

Milgrom i suradnici (2008) su u svojoj studiji sumirali potencijalne faktore rizika iz nekolicine istraživanja u nekoliko osnovnih kategorija. U *demografske i socio-ekonomske faktore* spadaju majčina dob, bilo da se radi o mlađim ili starijim majkama, te se povezuje sa postnatalnim depresivnim simptomima (Papa, 2000, Rubertsson i sur., 2003; prema Milgrom, Alan, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, Brooks, Ericksen, Ellwood i Buist, 2008). Pored toga, niži socio-ekonomski status ima tendenciju da poveća rizik, kao i niže obrazovanje (Patel i sur., 2002; prema Milgrom i sur., 2008). Kategorija *psiholoških i psihijatrijskih faktora* obuhvata porodičnu i ličnu anamnezu depresije, kao česte faktore rizika (Johnstone i sur., 2000; prema Milgrom i sur., 2008), ali i depresiju i anksioznost u trudnoći (Heron i sur., 2004; prema Milgrom, 2008). Pored toga, ličnost i psihološki faktori, uključujući neuroticizam, introverziju, perfekcionizam (Dimitrovsky i sur., 2002; prema Milgrom, 2008), disfunkcionalni kognitivni stil, visoku interpersonalnu osjetljivost (Boyce i sur., 1991; prema Milgrom, 2008), atribucijski stil (Faisal-Cury i sur., 2004; prema Milgrom, 2008) i nisko samopoštovanje (Ritter i sur., 2000; prema Milgrom, 2008) povezani su sa postnatalnom depresijom, kao i traumatična iskustva poput zlostavljanja (Buist, 1998; prema Milgrom, 2008). *Stresni životni događaji* i visoki rezultati na skali

„trenutnih životnih događaja“ povezani su sa postnatalnom depresijom i mogu imati efekat na faktore ranjivosti (O'Hara i sur., 1991; prema Milgrom, 2008). Važni stresori uključuju negativne životne događaje i stresne događaje povezane sa trudnoćom i porođajem. Dva ili više stresnih životnih događaja u godini prije trudnoće predviđaju depresiju u ranoj trudnoći i nakon porođaja (Rubertsson i sur., 2005; prema Milgrom, 2008). Niski nivoi antenatalne i postnatalne *socijalne podrške*, također su značajni faktori rizika (Honey i sur., 2003; prema Milgrom, 2008). Od posebne su važnosti podrška partnera, dostupnost ljudi o kojima ovisi tijekom trudnoće i ranog porođaja, kao i odnos buduće majke s vlastitim roditeljima, ali ne nužno i veličina njezine društvene mreže (Pope, 2000; prema Milgrom, 2008). Još jedna značajna kategorija su *akušerski i biološki faktori*, historija pobačaja i prekida trudnoće (Roberston i sur., 2004; prema Milgrom, 2008). Poznati su i različiti biofizički i hormonalni korelati (npr. Glover i Kammerer, 2004; prema Milgrom, 2008).

Baby blues, pogotovo ukoliko je jak, takođe može povećati rizik, a postoji povezanost i između ranog sniženog raspoloženja i naknadnog razvoja depresivnih simptoma. Nažalost, pomenuti faktori rizika nisu specifični, pa se ne mogu upotrijebiti za tačno predviđanje razvoja depresije kod bilo kojeg pojedinca. Važno je uzeti u obzir i učinak temperamenta novorođenčeta na majku. Posebno razdražljiva ili hipertonička beba može održati ili pogoršati postnatalnu depresivnu epizodu (Steel i Cantwell, 2010). Prethodna historija depresije može, naravno, da djeluje pod uticajem bioloških ili psihosocijalnih mehanizama. Istraživanje Cooper-a i Murray-a (1995) uporedilo je postnatalnu depresiju, kao prvu epizodu depresije i kao epizodu kod žena koje su prethodno imale depresivne epizode. Majke koje su prvi put pokazivale simptome postporođajne depresije su bile u većem riziku za ponovno javljanje postporođajnih simptoma, ali ne i u nekom drugom kontekstu, što sugerira na specifičnost postnatalne depresije. Utvrđene su i neke poveznice sa disfunkcijom štitne žlijezde, kako za vrijeme trudnoće, tako i u postnatalnom periodu (Steel i Cantwell, 2010). Prisutnost depresije u posljednjem tromjesečju trudnoće snažan je prediktor postporođajne depresije. Prednost ili preferencija prema muškoj djeci, duboko ukorijenjena u nekim društvima, zajedno sa ograničenom kontrolom koju žena ima nad svojim reproduktivnim zdravljem, može učiniti trudnoću

stresnim iskustvom za neke žene. Lokalni kulturni faktori također su bitni za oblikovanje dobrobiti majke (Chandra i sur., 2017).

Rezultati istraživanja Stojanov i suradnika (2019) su pokazali pozitivnu korelaciju između više psihosociodemografskih faktora i faktora karakteristika trudnoće i porođaja i detektovanja povećanog rizika za nastanak postporođajne depresije. Faktore rizika koje oni navode kao značajne, a koji su se pokazali važni i u drugim istraživanjima su učestale svađe, spominjanje rastanka ili razvoda, subjektivni doživljaj nepostojanja slobode u izražavanju stavova, loš odnos sa partnerovim ili suprugovim roditeljima, loši međusobni odnosi roditelja ispitanice, loša opća porodična atmosfera u sadašnjoj porodici, kao i loša subjektivna procjena sopstvenog zdravlja. Kao potencijalni faktori rizika izdvojili su se i onesposobljavajući elementi bazične psihosocijalne podrške koji mogu direktno utjecati na osjećaj bespomoćnosti i negativnu anticipaciju budućnosti i prethoditi razvoju simptoma depresije. I druge studije su potvrdile da socijalna podrška predstavlja bitan protektivni faktor za razvoj postporođajnih poremećaja, posebno postpartalne depresije (O'Hara, 1996; prema Stojanov i sur., 2019). Dodatno su pronađeni dokazi da su neplanirana trudnoća, komplikacije tijekom poroda i strahovanje za vlastiti život i život djeteta statistički značajno povezani sa visokim rizikom za razvoj postporođajne depresije. Brockington i suradnici (1988; prema Bloch, Rotenberg, Koren i Klein, 2006) je utvrdio vezu između menstrualnog ciklusa i postporođajne depresije. Naime, njihovo istraživanje je pokazalo da su žene, kojima je ustanovljena postporođajna depresija, i u prošlosti imale više depresivnih simptoma u vrijeme menstruacije. U ovom istraživanju, žene, koje su imale premenstrualni disforični poremećaj (PMDP) u prošlosti, razvile su značajno više ranih postporođajnih depresivnih simptoma od žena koje nemaju PMDP, podupirući pri tome zajedničku dijatezu za PMDD i postporođajne depresije. Mnoge su studije otkrile povezanost između postporođajne depresije u prošlosti i trenutne depresivne epizode (Webster i sur., 2000; prema Bloch i sur., 2006). Prema Garvey, Tuason, Lumry i Hoffmann (1986; prema Bloch i sur., 2006), vjerovatnoća razvoja simptoma kod žena sa prošlošću postporođajne depresije je 75%. Druga studija je otkrila da žene sa iskustvom postnatalne depresije, a koja je bila bez psihotičnih simptoma imaju 30–50% vjerovatnoće da razviju depresiju u sljedećoj

trudnoći (Shaper, Rooney, Kay i Silva, 1994; prema Bloch i sur., 2006). Studija Bloch i sur. (2006) je također potvrdila navedene nalaze.

3. POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA, KVALITETA RODITELJSTVA I RAZVOJ DJETETA

U slijedećem dijelu rada najprije ćemo razmotrit različite utjecaje postporođajne depresije na roditelje i kvalitetu roditeljstva. Zatim slijedi osvrt na posljedice depresije u postporođajnom periodu na dijete i njegov dugoročni razvoj. Manje poznata činjenica je da ovaj poremećaj pogađa i očeve, iako u manjem broju. Stoga će se raspravljati i na tu temu.

3.1. Postporođajna depresija i kvaliteta roditeljstva

Roditeljske vještine, sposobnosti i znanja su ključni za olakšavanje zdravog razvoja djece. Postporođajna depresija može trajati dugo vremena, povezana je i sa ponavljajućim depresivnim epizodama (Nylen i sar., 2010; prema O'Hara i McCabe, 2013), te sa pojavom većeg broja negativnih emocija, odnosno manjeg broja pozitivnih. Moglo bi se reći da pomenute karakteristike sugerišu da će dječja izloženost negativnim utjecajima majke biti značajna i ostaviti dugoročne posljedice (O'Hara i McCabe, 2013). Istraživanja dosljedno pokazuju povezanost postporođajne depresije i teškoća i izazova sa kojima se roditelji susreću u ovom periodu (Murray, Cooper i Fearon, 2014). Primjećuje se da su ovi efekti vrlo promjenjivi: neke majke s depresijom imaju poteškoće da se posvete i brinu o svojoj djeci, povučene su i ne reagiraju na potrebe djece, dok su druge previše okupirene brigom za djecu, ponašaju se nametljivo i neprijateljski. Ali, naravno, tu su i majke, koje i pored depresije uspijevaju da uspostave komunikaciju i vezu sa svojom bebom (Cohn, Matias, Tronick, Connell i Lyons-Ruth, 1986; prema Murray i sur., 2014). Kvalitete roditeljstva koje su povezane sa zdravim razvojem razlikuju se ovisno o dobi djeteta. Prema England i Sim (2009), one se kreću u rasponu od osjetljive, respozivne (engl. *responsive*) njege, koja

je karakteristična za potrebe dojenčadi, do nadgledanja (engl. *monitoring*), koje je naročito potrebno adolescentima.

Utjecaj postporođajne depresije nadilazi načine na koje majka reaguje na osnovne potrebe novorođenčeta: potrebu za hranom, spavanjem i sigurnošću (Field, 2010). Dojenje je od važnog značaja za razvoj novorođenčeta, predstavlja jedan od prvih vidova interakcije između majke i djeteta, te bi se i prvi negativni utjecaji majčinih depresivnih simptoma mogli uočiti baš tada, kroz izostanak pogleda i dodira majke. Međutim, rezultati istraživanja koja se bave ovom tematikom nisu konzistentna i ne pokazuju direktnu povezanost između postporođajne depresije i izostanka dojenja (Dennis i McQueen, 2007, 2009). Praksa roditeljstva koja ne zadovoljavaju potrebe dojenčadi ili djece za održavanje zdravog razvoja jedan su od glavnih mehanizama kroz koji roditeljska depresija djeluje na djecu (Goodman i Gotlib, 1999; prema England i Sim, 2009).

Dodatni aspekti učinkovitog roditeljstva, koji su tekođer jednako važni u cijelom razvoju uključuju pružanje topline i strukture u okolini koja odgovara dobi, kako bi se djeca osjećala sigurno, te naučila reguliranju svojih emocija. Poremećaji raspoloženja i roditeljski stres u postporođajnom periodu predstavljaju visoki rizik za dobrobit roditelja, ali i djece. Disfunkcionalno roditeljstvo se smatra važnim faktorom rizika za razvoj djeteta i pojavu psiholoških smetnji u odrasloj dobi (Epifanio, Genna, De Luca, Roccella i La Grutta, 2015). Jedan od razloga povećanja zainteresiranosti za postporođajnu depresiju jeste njen utjecaj na vezu majka-dijete. Od posebne važnosti za intervenciju su sve veći dokazi da roditeljska iskustva i poteškoće povezane s postporođajnom depresijom igraju ključnu ulogu u posredovanju povezanosti između depresivnih epizoda majke i negativnih ishoda po dijete. Odnosno, uglavnom zbog efekata depresije na roditeljstvo nastaju problemi u razvoju djeteta (Murray i sur., 2014).

Posljednjih godina značajno se povećalo razumijevanje načina na koji roditeljske poteškoće mogu utjecati na djetetov razvoj, a uz to i njihova specifičnost (Grusec i Davidov, 2010; prema Murray i sur., 2014), o čemu će raspravljati u slijedećem poglavlju. Iako je ovaj zaključak donesen na osnovu podataka iz generalne populacije ništa se manje ne odnosi i na veze između specifičnih roditeljskih poteškoća koje nastaju u kontekstu

postporođajne depresije i različitih vrsta razvojnih problema koji se kao posljedica mogu javiti kod djece. Stoga se ističe važnost podrške usmjerene na promicanje dječijeg kognitivnog razvoja - sposobnost da prate djetetove interese i pažnju, promišljeno reagiraju i olakšavaju djetetovo povezivanje sa okruženjem, verbalnom i praktičnom podrškom, uključujući strategije kao što je zajedničko čitanje knjiga (Fletcher i Reese, 2005; prema Murray i sur., 2014). Prisutnost ovakve podrške manje je vjerovatna kod depresivnih nego kod nedeprativnih majki, a gdje je to i utvrđeno, otkriveni su negativni efekti na kognitivnu učinkovitost kod djece (Milgrom i sur., 2004; prema Murray i sur., 2014). Nasuprot toga, roditeljske vještine koje su usmjerene ka sprječavanju da se agresivno ponašanje novorođenčeta ukorijeni kao trajan problem, u dobi od dvije do tri godine, povezane su sa uvođenjem reda i praćenjem rutine, sposobnosti pružanja emocionalnog zadovoljstva, njegovanje djetetovih navika, uključivanje u pozitivne aktivnosti i, posebno, izbjegavanje prisilne i oštre discipline (Hutchings i Gardner, 2012; prema Murray i sur., 2014). Pomenute teškoće češće se javljaju kod majki sa postporođajnom depresijom nasuprot majki koje nisu depresivne, a tamo gdje su takve vještine oslabljene, otkrivena je povišena stopa problema u ponašanju kod djece (Morrell i Murray, 2003).

Razvoj dječije sigurne privrženosti posebno je snažno povezan sa sposobnošću roditelja da osjetljivo reaguju na djetetovu nevolju i ranjivost, te način na koji shvataju i gledaju djetetove potrebe (Meade i Dozier, 2013; prema Murray i sur., 2014). Kao i kod drugih gore opisanih područja roditeljstva, postporođajna depresija povezana je sa poremećajima ovih roditeljskih kapaciteta. Martins i Gaffan (2000; prema Murray i sur., 2014) su otkrili povišenu stopu nesigurne privrženosti novorođenčadi kod majki sa postporođajnom depresijom. To je važno, jer sigurna privrženost u dojenačkoj dobi predviđa dobru kvalitetu odnosa kasnije u životu, skladne intimne odnose, bolje opće prilagođavanje (Murray, Halligan, Adams, Patterson & Goodyer, 2006; prema Murray i sur., 2014), i niži rizik za depresiju u adolescenciji (Murray i sur., 2011; prema Murray i sur., 2014).

Stein i sur. (2010) navode da žene s postporođajnom depresijom pokazuju brojne kognitivne pristranosti koje dovode do negativne percepcije o sebi i drugima (uključujući i

njihovu dojenčad). Brojne studije su pokazale povišenu samofokusiranost kod majki sa postporođajnom depresijom kroz različite metode, što nije neobično saznanje obzirom da je su i prethodna istraživanja utvrdila prisutnost pomenute karakteristike kod mnogih perinatalnih poremećaja (Ingram 1990; prema O'Hara i McCabe, 2013). Na primjer, pokazalo se da porast depresivnih simptoma tijekom prelaska u majčinstvo predviđa smanjenje pada ciljeva usmjerenih ka obitelji i istodobno povećanje ciljeva usmjerenih prema sebi (Salmela-Aro i sar., 2001; prema O'Hara i McCabe, 2013). Dodatne studije su, također, pronašle povećanu samofokusiranost, koja se reflektirala kroz oslabljenu sposobnost majki sa postporođajnom depresijom u prepoznavanja afektivnih znakova (Arteche i sur. 2011, Flanagan i sur. 2011; prema O'Hara i McCabe, 2013).

Važno je napomenuti da u mnogim slučajevima roditelji imaju područja u kojima su bolji i ona u kojima su slabiji. Sasvim je moguće da majke kojima je jako jednostavno i ugodno pružiti kognitivnu podršku, da se bore s djetetovim neugodnim temperamentom, problemima sa spavanjem ili da potiču razvoj sigurne privrženosti. U skladu s tim, djeca koja dobro obavljaju kognitivne zadatke mogu također biti i sigurno privrženana. Pozitivni ili negativni ishodi u jednoj domeni ne moraju direktno utjecati na ishode u drugim domenama razvoja (Murray i sar., 2014).

3.2. Postporođajna depresija i dječiji razvoj

Depresija i anksioznost koji nastaju tokom trudnoće mogu imati posljedice po majku, ali i dijete. Nekolicina studija je otkrila da su depresija ili anksioznost majke povezane s povećanom stopom komplikacija tijekom poroda (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner i Koren 2004), urođenim malformacijama (Hansen, Lou i Olsen, 2000) i s niskom porođajnom težinom (Evans, Heron, Patel i Wiles, 2007). O'Connor i surandici (2002, 2005; prema Steel i Cantwell, 2010) ističu kako antenatalna depresija i anksioznost ne samo da mogu utjecati na bebin fizički razvoj tijekom trudnoće, nego mogu imati i trajni utjecaj na djetetov kasniji fizički, kognitivni i bihevioralni razvoj, te da čak mogu dovesti do dugoročnog poremećaja djetetovih fizioloških i psiholoških reakcija na stres. Objašnjenje

ove pojave se nalazi u istraživanjima novog polja epigenetike, koje se bavi proučavanjem utjecaja ranog (intrauterinog) okruženja na razvoj ploda (O'Connor i sur., 2002; prema Steel i Cantwell, 2010).

Istraživači Talge, Neal i Glover (2007) su iznijeli nekoliko mehanizama djelovanja, uključujući direktan učinak kortizola majki na razvoj mozga fetusa. Interakcije s njegovateljima predstavljaju jedan od najranijih i najjačih utjecaja na više domena funkcioniranja djece, uključujući socijalni i emocionalni razvoj u prvoj godini života i nesigurne privrženosti u dobi od 18 mjeseci. Promjenjivost u vrsti i kvaliteti skrbi koju djeca dobivaju od roditelja vjerovatno je dijelom određena i ranim iskustvom samih roditelja. Ovo rano iskustvo jedan je od mnogih faktora koji mogu doprinijeti roditeljskoj sposobnosti da pruže optimalnu brigu za zdrav psihosocijalni razvoj svoje djece (Madigan, Wade, Plamondon i Jenkins, 2015). Nedavne studije su istakle važnost prvih šest mjeseci posporodajnog perioda i majčinih depresivnih simptoma za objašnjenje promjena i problema u ponašanju od dječije dobi do adolescencije (Avan, Richter, Ramchandani, Norris, Stein, 2010). Studija koju su radili Brennan, Hammen, Andersen, Bor, Najman i Williams (2000), gdje su pratili hroničnost majčine depresije tijekom pet godina, na uzorku od 4953 majke, je pokazala da su i ozbiljnost i hroničnost simptoma depresije prediktori dječijeg ponašanja u budućnosti.

Nekolicina istraživanja je pokazala utjecaj majčine postporodajne depresije na kognitivni razvoj, ponašanje i zdravstveno stanje djeteta. Istraživanja utjecaja majčine postporodajne depresije na kognitivni razvoj djeteta su mnogo konzistentnija, te postoji konsenzus među znanstvenicima o njenim efektima. Negativni efekti koji se najčešće javljaju su inhibirani razvoj govora u djetinjstvu, slabije jezičke vještine u adolescenciji, kao i niži koeficijent inteligencije (Brand & Brennan 2009). Ovi efekti su pokazani do starosti od 11 godina, a čini se da postoji kritično razdoblje u razvoju novorođenčadi, unutar prve godine, kada depresija majke i posljedično negativna interakcija majke i djeteta, pokazuju ovo štetno djelovanje (Hay i sur., 2001; prema Steel i Cantwell, 2010). Također može doći i do udruženih štetnih učinaka na ostale članove porodice, s višim stopama depresije prijavljenim kod partnera postnatalno depresivnih žena. To zauzvrat

smanjuje raspoloživu kompenzacijsku potporu za dijete. Slično kao i kod problema u ponašanju, Sohr-Preston i Scaramella (2006) navode da je za ishode kognitivnog razvoja važnija dugotrajnost majčinih depresivnih simptoma, nego sama postporođajna depresija, koja se javlja u prvih nekoliko mjeseci postnaratnog perioda.

Mnoge studije su ispitivale i posljedice postporođajne depresije na fizičko zdravlje djeteta. Majke koje pokazuju depresivne simptome, pokazuju manje maladaptivnih ponašanja, kao što su dojenje ili redovni doktorski pregledi u postnatalnom razdoblju. Upravo pomankanje pomenutih ponašanja, se pokazalo kao značajan faktor stanja fizičkog zdravlja novorođenčeta. Neke od negativnih posljedica, a koje su povezane sa hroničnim depresivnim simptomima majki su oslabljene funkcije kardiovaskularnog sistema (Gump, Reihman, Stewart, Lonky i Darvill, 2009; prema O'Hara i McCabe, 2013), visok rizik od gastrointestinalnih i respiratornih infekcija (Ban, Gibson, West i Tata, 2010; prema O'Hara i McCabe, 2013), te oslabljen rast (Gress-Smith, Luecken, Lemery-Chalfant i Howe, 2012; prema O'Hara i McCabe, 2013). Veza koja se razvija između majke i djeteta mijenja razvojnu putanju djeteta, a majke koje dožive postporođajnu depresiju su vjerovatno smanjile svoj angažman oko novorođenčeta. Teško je odvojiti utjecaje prenatalne od postnatalne depresije, ali nekoliko studija je uspjelo doći do podataka. Djevojčice i dječaci, koji su bili izloženi postporođajnoj depresiji majke tokom djetinjstva su pokazali značajno više razine kortizola u dobi od 13 godina u usporedbi sa kontrolnim grupama. Upravo povećane razine kortizola su bile prediktori kliničke depresije u dobi od 16 godina. Nije pokazan dodatan efekat u odnosu na spol (Halligan, Helbert, Goodyer i Murray, 2007). Nasuprot ovim nalazima, druga studija je pokazala specifičan način utjecaja postporođajne depresije na razvoj amigdale kod djevojčica, a čiji se obrazac djelovanja razlikuje od onog koji ima prenatalna depresija (Wen, Poh, Ni, Chong, Chen, Kwek i Qiu, 2017).

Majčina depresija identificirana je i kao prediktor zanemarivanja (Chaffin, Kelleher i Hollenberg, 1996). Između 10% i 15% roditelja doživljava depresivne simptome, a postporođajna depresija identificirana je kao prediktor zanemarivanja (Reck, Hunt, Fuchs, Weiss, Noon, Moehler i Mundt, 2004). Depresija može ometati sposobnost majki u osiguravanju dosljednog, nježnog i poticajnog kontakta sa novorođenčetom. Pa tako, u

ekstremnim slučajevima, majke uopće nisu u stanju odgovoriti na potrebe djeteta. U metaanalizi, Lovejoy, Graczyk i O'Hare (2000; prema Black i Oberlander, 2011) otkrili su da je odnos između majčine depresije i negativnih majčinih postupaka bio moderiran vremenom depresije, s najjačim efektima za vrijeme trenutnih depresivnih simptoma.

Hroničnost majčine depresije, odnosno period izloženosti privukao je prilično pažnje kao potencijalni moderator efekata majčine depresije, te se pokazao kao značajniji faktor ishoda ponašanja, nego sama postporođajna depresija (Brand & Brennan, 2009). Neke teorije sugeriraju da prva godina života predstavlja osjetljivo razdoblje s obzirom na razinu ovisnosti novorođečeta o roditeljima, na osjetljivost brige za dječiji razvoj, razvoj sigurne privrženosti, te aspekata regulacije emocija (Essex, Klein, Miech i Smider, 2001). Dvije studije provedene u Velikoj Britaniji donijele su pomalo različite zaključke u vezi sa ulogom postporođajne depresije u predviđanju štetnih ishoda po djecu, bez obzira na kasnije epizode. Hay i suradnici (2001; prema Steel i Cantwell, 2010) su proučavali mlade iz domova sa niskim socioekonomskim statusom. Kod kognitivnog razvoja je otkriveno, te ponovo potvrđeno da je negativno pogođen postporođajnom depresijom, odnosno da djeca imaju problema s kasnijim kognitivnim funkcionisanjem (od 11 do 16 godina), bez obzira na kasnije izlaganje majčinoj depresiji. S druge strane, kao prediktori problema u ponašanju (u dobi od 11 do 16 godina) su se pokazale i postnatalna depresija, te još barem jedna naredna depresivna epizoda koju majka doživi. U drugom britanskom istraživanju, koje je uzorkovano populacijom iz srednjeg socioekonomskog statusa, izloženost postnatalnoj depresiji povezana je s naknadnim problemima u ponašanju (u dobi od 5 godina) i simptomima hiperaktivnosti i poremećaja ponašanja (u dobi od 8 godina) (Morrell i Murray, 2003). Naknadno praćenje otkrilo je da su i postporođajna depresija i kasnije epizode majčine depresije predviđale depresiju kod djece u dobi od 13 godina, iako je anksioznost najbolje predviđjela sama postporođajna izloženost (Halligan, Murray, Martins i Cooper, 2007).

Brennan i suradnici (2000; prema England i Sim, 2009) navode da postporođajna depresija ne predviđa kasnije funkcioniranje kod djece, nego izloženost kasnijim depresivnim epizodama majke. Na primjer, u velikom istraživanju australskih majki i

njihove djece s niskim socioekonomskim statusom, je pokazano da su nedavni depresivni simptomi majki bili povezani, odnosno utjecali na socioemocionalne probleme njihove djece u dobi od 5 godina, dok nivoi depresije nakon porođaja nisu imali takve efekte.

3.3. Postporođajna depresija kod očeva

Iako se relativno malo istraživanja usredotočilo na očevu deprsivnost nakon porođaja, malo je i studija koje navode da su među novim očevima niže stope depresivnosti, ali ne previše različite od onih kod majki. Paulson, Dauber i Lieferman (2006; prema England i Sim, 2009), izvještavajući o depresiji među domaćinstvima sa dva roditelja u nacionalnom slučajnom uzorku od preko 5000 porodica, ustanovili su da stopa depresije iznosi 14 posto za majke i 10 posto za očeve. Povišena stopa depresivnih simptoma i poremećaja očeva nakon rođenja djeteta povezana je sa stresnim periodom prilagođavanja i kvalitetom njihovog odnosa s majkom. Depresija majki se također pokazala kao značajan prediktor povećane postporođajne depresije kod očeva (Kim i Swain, 2007).

Kroz više studija utvrđeno je da je depresija kod majki snažnije povezana s internaliziranim i eksternaliziranim problemima kod djece u odnosu na depresiju kod očeva, kao što je pokazano u metaanalizi Connell-a i Goodman-a (2002). Ipak, depresiju kod očeva ne treba zanemarivati. Na primjer, veliko kohortno istraživanje očeva, koji su pokazivali depresivne simptome u postnatalnom periodu predviđalo je veću vjerovatnoću emocionalnih i problema u ponašanju kod dječaka i djevojčica u predškolskom uzrastu (Ramchandani i sur., 2005; prema England i Sim, 2009). Novija studija otkrila je da problemi u djece postoje i do 7. godine života (Ramchandani i sur., 2008; prema England i Sim, 2009).

4. PREVENCIJA I TRETMAN POSTPORODAJNE DEPRESIJE

Zbog specifičnosti karakteristika postporodajne depresije, O'Hara i McCabe (2013), ističu i mogućnost prevencije iste. Ova vrsta depresije se javlja u ograničenom vremenskom okviru, nakon konkretnog događaja - poroda, a prethodi mu podjednako definirano iskustvo – trudnoća, za vrijeme koje su žene u redovitom kontaktu sa zdravstvenim sistemom. Iz tih razloga postoji veliko interesovanje za prevenciju postporodajne depresije. Programe prevencije, istraživači su podijelili u tri velike kategorije. To su *univerzalni programi*, koji su usmjereni na sve trudnice, *selektivni programi*, koji su definirani na osnovu faktora rizika kojima su trudnice izložene (naprimjer nizak SES) i *indukovani programi* prevencije, usmjereni na trudnice koje pokazuju simptome, ali im nije dijagnosticirana depresija (O'Hara i McCabe, 2013). Brojne provjere pomenutih programa su pokazale izmiješane rezultate i zaključke. U metaanalizi, Dennis (2005) sugerise da postoji malo dokaza koji podržavaju širok spektar preventivnih intervencija koje je potrebno provoditi tokom perinatalnog perioda, uključujući trudnoću i postporodajni period. Međutim, uprkos manjku istraživanja, Dennis (2005) je dobila rezultate koji ukazuju na bolje efekte programa prevencije usmjerenih ka visoko rizičnim skupinama. Nekolicina drugih naučnika su ispitivali efikasnost programa prevencije, fokusirajući se uglavnom na KBT intervencije, koje spadaju u selektivne intervencije, te su samim tim usmjerene ka visokorizičnim skupinama. Na primjer, Le i suradnici (2011) proveli su randomizirano ispitivanje u kojem su upoređivali skupinu iz KBT usmjerene intervencije i skupinu koja je prolazila kroz univerzalni program. Rezultati su pokazali efikasnost KBT intervencije, što potvrđuje rezultate koje je prethodno dobila i Dennis (2005). Međutim, poboljšanje je bilo vidljivo samo nakon prvih osam sesija i to za vrijeme trudnoće, ali isti trend nije nastavljen i nakon poroda. Slične rezultate su dobili i Tandon i suradnici (2011). Značajno manji broj roditelja, koje su bile u KBT programu, je prijavilo ponovno javljanje depresivnih simptoma, u odnosu na roditelje koje su prolazile kroz univerzalni program. I većina drugih istraživanja su dobila slične rezultate i potvrdila dosadašnje konstatacije. Problem sa ovakvim intervencijama i istraživanjima istih, kao što navode znanstvenici (naprimjer, Dennis, 2005, O'Hara i McCabe, 2013) jeste nemogućnost

ispitivanja svih aspekata pomenutih programa. Dodatno, većina istraživanja je fokusirana na evaluaciju istih programa, te ne ostavlja prostora za komparaciju sa drugim intervencijama.

Neliječena postnatalna depresija dovodi do negativne interakcije majke i novorođenčeta i može rezultirati štetnim efektima po djetetov razvoj. Tretman postporođajne depresije često uključuje psihijatrijske intervencije, psihoterapiju, antidepresive, tehnike opuštanja, edukativne sadržaje, te socijalnu podršku tijekom postporođajnog razdoblja (Kruckman i Smith 2000; prema Regus, 2012).

Najčešće korištena psihoterapija za tretiranje postporođajne depresije je kognitivno-bihevioralna terapija, koja se pokazala efikasnom u nekolicini studija. Metaanaliza studija efikasnosti kognitivno-bihevioralne terapije na postporođajnu depresiju, koju su proveli Huang, Zhao, Qiang i Fan (2018) je pokazala konzistentne rezultate koji idu u prilog pomenutom terapijskom pristupu. Dakle, ispitanice koje su bile podvrgnute kognitivno-bihevioralnoj terapiji su pokazale statistički značajno smanjenje simptoma depresivnosti i anksioznosti. Smanjenje je vidljivo kratkoročno i dugoročno. Pilot studija Lieshout, Layton, Feller, Ferro, Biscaro i Bieling (2019) je pokazala statistički značajno smanjenje simptoma postporođajne depresije, anksioznosti i zabrinutosti. Također je došlo do poboljšanja veze majka-dijete, posebno međusobne vezanosti.

Varijacija kognitivno-bihevioralne terapije, mindfulness KBT, se također pokazala efikasnom u smanjenju depresivnih simptoma u postporođajnom periodu (Shulman, Dueck, Ryan, Breau, Sadowski i Misri, 2018). Još jedna mogućnost tretiranja depresije u postporođajnom razdoblju jeste kombinacija psihoterapije i antidepresiva. U istraživanju Misri, Reebye, Corral i Milis (2004) majke su pokazale poboljšanje u simptomatologiji depresivnosti i anksioznosti, međutim, nije postojao aditivni efekat kombiniranja dvije metode. Odnosno, korištenje jedne od dvije tehnike tretmana je bilo efikasno samo po sebi. Postoje i dodatni pristupi za koje se pokazalo da su efikasni u randomiziranim kontroliranim studijama, a uključuju intervencije koje pomažu majci i njenoj porodici. Pokazalo se da grupe podrške koje uključuju oba roditelja imaju koristi za oboje. Tretning majke za masažu dojenčadi poboljšao je raspoloženje majke i njenu interakciju sa djetetom

(Steel i Cantwell, 2010). Ovi nalazi naglašavaju potrebu razmatranja drugih članova obitelji prilikom planiranja skrbi i, s obzirom na potencijalno štetni utjecaj neliječene depresije na dječiji razvoj, važno je uzeti u obzir ishode novorođenčadi prilikom ispitivanja potencijalnih tretmana za majku. Intervencije koje se isključivo bave depresijom majke možda nisu dovoljne da promijene ishod novorođenčadi.

U težim slučajevima ili kada psihološke terapije nisu dostupne, liječenje lijekovima može biti poželjna opcija. Zabrinutost majki o rizicima prenošenja djelovanja antidepresiva kroz mlijeko prilikom dojenja je uobičajena, stoga treba imati na umu da se i rizik od neliječene depresije lako prenosi na dojenčad. Studije koje ispituju koncentraciju antidepresiva u majčinom mlijeku općenito su pokazale da je kumulativna izloženost dojenčadi antidepresivima tijekom dojenja mala i da su rizici poremećaja ponašanja minimalni (Gentile, 2005). Kako navode England i Sim (2009), donedavno korištena metodologija u sličnim istraživanjima bila je prilično raznolika (ili nepoznata), što je sprječavalo značajne usporedbe rizika i posljedica. Međutim u 2005. godini, objavljene su dvije komparativne studije, za koje se činilo da su potvrdile da je izloženost dojenčadi antidepresivima znatno niža od izloženosti majki. Podaci koji podržavaju prevenciju relapsa depresije kod žena nakon porođaja su ograničeni. Objavljena su dva mala nasumična ispitivanja prevencije recidiva (Wisner i sur., 2001, 2004; prema England i Sim, 2009). Pacijentice koje su uzimale sertralin imale su mnogo manju vjerovatnoću ponovnog javljanja depresivnih simptoma, nego one koje su koristile placebo. Slični nalazi su dobiveni i u istraživanju u kojem su ispitanice koristile nortriptilin i placebo.

Literatura o psihološkim intervencijama pruža čvrste dokaze da postporođajna depresija reagira na različite pristupe tretmana i liječenja, temeljene na relativno velikim i dobro kontroliranim ispitivanjima. Istraživanja tretmana ove vrste depresije su prepoznatljiva i razlikuju se od opće literature liječenja depresije, upravo zbog ciljeva koji su u pozadini istih. Cilj tretmana postporođajne deprsije (primarni ili sekundarni), je pozitivan utjecaj na dijete i poboljšanje odnosa majke i djeteta. Međutim, ovaj je cilj tek djelimično postignut u relativno malom broju studija. Stoga postoji vrlo dobar razlog za

razvoj tretmana za postporođajnu depresiju koji se posebno odnose na odnos majke i djeteta (O'Hara i McCabe, 2013).

Očigledna veza između postporođajne depresije i različitih negativnih efekata na djecu sugerira da bi poboljšanje majčinog stanja trebalo dovesti do poboljšanja odnosa majke i djeteta, te ponašanja djeteta. Nekoliko istraživanja efekata tretmana postporođajne depresije ocijenilo je utjecaj majčinske terapije na novorođenče. Ova ispitivanja razlikovala su se u stepenu fokusa i intenzitetu intervencije koje se odnose na dijete i roditeljstvo. U istraživanju Cooper-a i suradnika (2003; prema O'Hara i McCabe, 2013), svaki od aktivnih uvjeta tretmana (KBT, savjetovanje i psihodinamska terapija) bavio se pitanjima odnosa majke i djeteta zajedno s depresijom majke. Majke koje su bile u aktivnom tretmanu imale su znatno manju vjerojatnoću javljanja, odnosno prijavljivanja umjerenih ili izraženih problema u njihovom odnosu sa novorođenčetom, nakon tretmana, nego majke koje su primale uobičajeni tretman (Murray i sur. 2003; prema O'Hara i McCabe, 2013). Nadalje, Clark i suradnici (2003; prema O'Hara i McCabe, 2013) su razvili i testirali psihoterapijsku intervenciju za majku i novorođenče s ciljem poboljšanja depresivnih simptoma majke, razvoja novorođenčadi i odnosa majke i djeteta. Ova intervencija podrazumijevala je grupnu terapiju za majku, razvojnu grupnu terapiju za novorođenče i dijadijski trening majke i novorođenčeta. Slično prethodnom ispitivanju, ovo intenzivno liječenje dovelo je do značajnog poboljšanja negativnih efekata roditeljskog stresa kod majki. Također je došlo i do značajnog povećanja pozitivne afektivne uključenosti i verbalizacije majke. Jedini nedostatak ovom istraživanju jeste mali uzorak (39 ispitanika u tri uvjeta).

5. ZAKLJUČAK

Depresija je najčešći mentalni poremećaj u postporođajnom razdoblju, a preuzimanje odgovornosti roditeljske uloge u kombinaciji da istom dodatno smanjuje resurse roditelja za brigu o novorođenčetu. Vremenom, tema postporođajne depresije zadobiva sve više pažnje, a osvještavanje okoline bi trebalo smanjiti stigmatizaciju i omogućiti majkama adekvatnu pomoć, bez krivice i osjećaja bezvrijednosti. Pored depresije, za vrijeme trudnoće i nakon poroda, mogu se javiti i postporođajna tuga, anksioznost i psihoza.

Teorije postporođajne depresije, kroz različite domene nude uvid u pozadinu nastanka i održavanja depresije u periodu nakon poroda. Kao najrasprostranjeniji, medicinski model, sastoji se od različitih teorija koje objašnjavaju patološko djelovanje hormona. Uloga žene u ovom procesu je pasivna i biološki uslovljena. Sa psihodinamskog stajališta, do postporođajne depresije dolazi uslijed neriješenih majčinih konflikata iz djetinjstva, te njenog odnosa sa majkom. Kognitivni pristup naglašava karakteristike ličnosti, poput perfekcionizma, te kognitivne distorzije, kao značajne čimbenike u razvoju postporođajne depresije. Suprotno tome, bihevioralni teoretičari značaj pripisuju važnim životnim događajima, njihovom djelovanju na optimalni razvoj i vulnerabilnost. Iako su navedene teorije široko rasprostranjene, literatura koja ih podržava je oskudna i manjka dodatnim istraživanjima za detaljnije postavke. Faktori koji se smatraju rizičnima za razvoj postporođajne depresije, u osnovi su slični onima za veliki depresivni poremećaj. Literatura koja ih objedinjuje je mnogobrojna, ali u osnovi se svi faktori mogu svrstati u biološke i psihosocijalne. Baby blues ili postporođajna tuga, se također smatra rizičnim stanjem, koje može doprinijeti razvoju depresije u periodu nakon poroda. Pored faktora koji su vezani za majku, teoretičari ističu i one koji su povezani sa novorođenčecom, kao što je temperament. Učinak temperamenta novorođenčeta može biti značajan, pogotovo ako se radi o pretežno razdražljivoj ili hipertoničnoj bebi.

Kada govorimo o utjecaju postporođajne depresije na razvoj djeteta i kvalitetu roditeljstva, uglavnom su to informacije sa negativnim konotacijama, upravo zbog

istraživanja koja dosljedno pokazuju povezanost postporođajne depresije i teškoća i izazova sa kojima se roditelji susreću u ovom periodu. Roditelji imaju teškoće prilikom posvećivanja i brige o djeci, povlače se, ne reaguju na potrebe djece, što u konačnici vodi ka zanemarivanju. Promjene u roditeljskom ponašanju, izazvane depresijom, ostavljaju dugotrajne posljedice na mnoge segmente razvoja djece. Mnogobrojna istraživanja su pokazala negativne efekte na fizički, psihički, kognitivni, emocionalni, bihevioralni razvoj, kao i probleme sa internaliziranim i eksternaliziranim poremećajima.

Tretmani postporođajne depresije često uključuju psihijatrijske intervencije, psihoterapiju, antidepresive, tehnike opuštanja, edukativne sadržaje, te socijalnu podršku tijekom postporođajnog razdoblja. Česta praksa prilikom liječenja je i kombiniranje psihoterapije i farmakoterapije. Međutim, istraživanja su pokazala da ne postoji aditivni efekat prilikom liječenja, odnosno korištenje samo jedne vrste terapije je jedanako efikasno kao i kombiniranje istih. U posljednjih nekoliko godina, istraživači su posvećeni kreiranju tretmana koji će, osim pružanja pomoći majkama, biti fokusirani i na djecu.

6. LITERATURA

- Abdollahi, F., Zarghami, M. i Lye, M. (2016). Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. *North American Journal of Medical Sciences*, 8(6), 232.
- Abela, J. R. i D'alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 111-128.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Avan, B., Richter, L.M., Ramchandani, P.G., Norris, S.A., Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Arch. Dis. Child*, 95, 690–95.
- Battle, C. L. i Zlotnick, C. (2005). Prevention of postpartum depression. *Psychiatric Annals*, 35(7), 590–598.
- Bina R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health care for women international*, 29(6), 568–592.
- Black, M. M. i Oberlander, S. E. (2011). *Psychological Impact and Treatment of Neglect of Children*. *Child Abuse and Neglect*, 490–500.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. i Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3–8.
- Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45-62.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. i Koren, G. (2004). Perinatal Risks of Untreated Depression during Pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726–735.
- Brand, S.R., Brennan, P.A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? *Clin. Obstet. Gynecol*, 52, 441–55.
- Brennan, P.A., Hammen, C., Andersen, M.J., Bor, W., Najman, J.M., Williams, G.M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Dev. Psychol*, 36, 759–66.
- Chaffin, M., Kelleher, K. i Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 191–203.
- Chandra, P. S., Varghese, M. i Supraja, A. (2017). *Women's Mental Health*.
- Connell, A.M. i Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 746–773.

- Cooper, P. J. i Murray, L. (1995). Course and Recurrence of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*, 166(02), 191–195.
- Cox, J. L., Murray, D. i Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 27-31.
- Dennis C. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Br. Med. J.*, 331, 15.
- Dennis, C., McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr*, 96, 590–94.
- Dennis, C., McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123, 736–51.
- England, M. J. i Sim, L. J. (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. Washington: National Academies Press.
- Epifanio, M. S., Genna, V., Luca, C. D., Roccella, M., Grutta, S. L. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2).
- Essex, M.J., Klein, M.H., Miech, R. i Smider, N.A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry*, 17(9), 151–156.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. 323, 257-60.
- Evans, J., Heron, J., Patel, R. R. i Wiles, N. (2007). Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term. *British Journal of Psychiatry*, 191(01), 84–85.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6.
- Gentile, S. (2005). The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug Safety*, 28, 137–152.
- Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I. i Murray, L. (2007). Disturbances in Morning Cortisol Secretion in Association with Maternal Postnatal Depression Predict Subsequent Depressive Symptomatology in Adolescents. *Biological Psychiatry*, 62(1), 40–46.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., i Cooper, P.J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 145–154.
- Hammen, C., Brennan, P.A. (2002). Interpersonal dysfunction in depressed women: Impairments independent of depressive symptoms. *PubMed*, 72, 145–56.
- Hansen, D., Lou, H. C. i Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *The Lancet*, 356(9233), 875–880.

- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6(0), 33–42.
- Heron, J., McGuinness, M., Blackmore, E.R., Craddock, N., Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *115*(3), 348–53.
- Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C. i Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 13(10).
- Kim, P. i Swain, J.E. (2007). Sad dads: Paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 4, 36–47.
- Le, H., Perry, D. F. i Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 135-141.
- Lieshout, R. J. V., Layton, H., Feller, A., Ferro, M. A., Biscaro, A. i Bieling, P. J. (2019). Public health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study. *Public Health Nursing*, 37(1), 50–55.
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A. i Jenkins, J. (2015). Maternal abuse history, postpartum depression, and parenting: links with preschoolers' internalizing problems. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 146–155.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.
- Misri, S., Reebye, P., Corral, M. i Milis, L. (2004). The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(9), 1236–1241.
- Morrell, J. i Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 , 489–508.
- Murray, L., Cooper, P. i Fearon, P. (2014). Parenting difficulties and postnatal depression: implications for primary healthcare assessment and intervention. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 87(11), 34–38.
- Mustafa, A. B. (2016). A historical perspective of perspective of postpartum depression: tum depression: Suffering in Silence.
- Nemade, R., Reiss, Staats, N., Dombeck, M. (2011). Psychology of Depression-Psychodynamic Theories.
- O'Hara, M. W., McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 379–407.
- Pereira, A. T., Marques, C., Xavier, S., Azevedo, J., João Soares, M., Bento, E., Marques, M., Nogueira, V., Macedo, A. (2017). Prevalence and Incidence of Postpartum Major

- Depression(DSM-5) in Portuguese Women. Postpartum Depression. *Nova Science Publishers, Inc.*
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Mundt, C. (2004). *Interactive Regulation of Affect in Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: An Overview*. *Psychopathology*, 37(6), 272–280.
- Regus, P. (2012). Postpartum Depression: Standardizing Motherhood?
- Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I. i Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 235, 61–67.
- Sit, D., Rothschild, A.J., Wisner, K.L. (2006). A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*, 15(4), 352-68.
- Sohr-Preston, S. L., Scaramella, L.V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev*, 9, 65–83.
- Steel, R. i Cantwell, R. (2010). Perinatal psychiatry. *Companion to Psychiatric Studies*, 783-799.
- Stein A, Arteche A, Lehtonen A, Craske M, Harvey A. (2010). Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behav. Dev.* 33, 273–78.
- Stojanov, J., Stanković, M., Žikić, O., Antonijević, J. (2019). Postpartum psychiatric disorders: Review of the research history, classification, epidemiological data, etiological factors and clinical presentations. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 36 (3), 167–176.
- Stuebe, A. M., Grewen, K. i Meltzer-Brody, S. (2013). Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 22(4), 352–361.
- Talge, N. M., Neal, C. i Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245–261.
- Tandon, S. D., Perry, D. F., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J. A. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 79, 707–12.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. i Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*, 117, 540-50.

- Wen, D. J., Poh, J. S., Ni, S. N., Chong, Y.-S., Chen, H., Kwek, K., Qiu, A. (2017). *Influences of prenatal and postnatal maternal depression on amygdala volume and microstructure in young children. Translational Psychiatry, 7(4).*
- Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Perel, J. M., Peindl, K. S., Sit, D. K., Findling, R. L., Moses-Kolko, E. L. (2006). Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *PubMed, 26(4), 353-360.*