

MONIKA PALECZNA

 <https://orcid.org/0000-0001-5841-2583>

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Zdrowia
ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków
e-mail: monika.paleczna@uken.krakow.pl

PSYCHOZA POPORODOWA I DEPRESJA POPORODOWA – TRUDNY START W RODZICIELSKIEJ ROLI

Abstrakt. Celem niniejszego artykułu o charakterze przeglądowym jest dokonanie szczegółowej charakterystyki zależności między depresją poporodową a psychozą poporodową a funkcjonowaniem matek, ojców i dzieci. Brak wiedzy i świadomości na temat tych zaburzeń utrudnia adaptację systemu rodzinnego do nowej sytuacji, jaką jest zaburzenie zdrowia psychicznego. Pierwsza część artykułu została poświęcona depresji poporodowej. Na samym początku scharakteryzowano to zaburzenie w ujęciu klinicznym. Następnie omówiono je z perspektywy matki. Przedstawiono doświadczane przez nią emocje i poczucie straty. Zaprezentowano wyniki badań nad związkiem między depresją poporodową a kształtującą się więzią w diadzie matka-dziecko oraz karmieniem piersią. Ponadto zwrócono szczególną uwagę na potencjalne zagrożenie dla życia dziecka i jego matki. Następnie omówiono depresję poporodową z perspektywy ojca. Najpierw, na podstawie dokonanego przeglądu badań, scharakteryzowano doświadczenia mężczyzn, u których partnerek zdiagnozowano to zaburzenie. Zaprezentowano wyniki badań jakościowych dotyczących ich emocji i potrzeb. Omówiono także niespójne wyniki dotyczące kształtowania się więzi między dzieckiem a ojcem. Następnie przedstawiono charakterystykę mężczyzn z depresją poporodową. Zwrócono uwagę na nieprawidłowości w budowaniu przez nich więzi z dzieckiem. Na koniec tej części artykułu omówiono związek depresji poporodowej z rozwojem dziecka w obszarze fizycznym, emocjonalno-społecznym, werbalnym, motorycznym i poznawczym oraz w zakresie funkcji behawioralnych. Druga część artykułu została poświęcona psychozie poporodowej. Najpierw scharakteryzowano to zaburzenie w ujęciu klinicznym. Kolejno dokonano przeglądu badań nad psychozą poporodową z perspektywy matki. Omówiono związek tego zaburzenia z emocjami występującymi u kobiet oraz przedstawiono przykładowe urojenia, których doświadczają. Opiszano także związek psychozy poporodowej z więzią kształtującą się między matką a dzieckiem. Zwrócono szczególną uwagę na możliwe zagrożenie dla życia i zdrowia matki i dziecka oraz wynikający z niego dylemat związany z możliwością sprawowania opieki przez kobiety. Podjęto także problematykę psychozy

poporodowej z perspektywy ojca. Na podstawie analizy badań, które najczęściej miały charakter jakościowy opisano narracje mężczyzn, których partnerki doświadczyły tego zaburzenia. Zwrócono uwagę na ich emocje, przyjmowanie wielu ról oraz dostrzeganie pozytywnych aspektów danej sytuacji. Zaprezentowano także pojedyncze przypadki, w których psychoza poporodowa była diagnozowana u mężczyzn. W rozważaniach nad psychozą poporodową zwrócono także uwagę na jej związek z rozwojem dziecka, natomiast kwestia ta nie była częstym przedmiotem badań. Na koniec dokonano syntezy zaprezentowanych wyników badań.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, dziecko, matka, ojciec, psychoza poporodowa

POSTPARTUM PSYCHOSIS AND POSTPARTUM DEPRESSION – A DIFFICULT START IN THE PARENTING ROLE

Abstract. The aim of this review article is to provide a detailed characterization of the relationship between both postpartum depression and postpartum psychosis, and the functioning of mothers, fathers, and children. A lack of knowledge and awareness regarding these disorders hinders the family's adaptation to the new situation posed by a mental health disorder. The first part of the article is devoted to postpartum depression. It begins with a clinical description of this disorder, followed by an exploration of the mother's perspective. This section presents the emotions experienced by mothers and their sense of loss. Research findings on the relationship between postpartum depression, mother-child bonding, and breastfeeding are discussed. Particular attention is given to the potential risks to the life of the child and the mother. Subsequently, postpartum depression is examined from the father's perspective. Based on a literature review, the experiences of men whose partners have been diagnosed with this disorder are characterized. Qualitative research findings on fathers' emotions and needs are presented, as well as the inconsistent results regarding the formation of father-child bonds. Characteristics of men with postpartum depression are then provided, with a focus on difficulties they may encounter in bonding with the child. This section concludes by examining the relationship between postpartum depression and child development across various domains: physical, emotional-social, verbal, motor, cognitive, and behavioral functions. The second part of the article addresses postpartum psychosis. Initially, the disorder is described from a clinical perspective. A literature review is then conducted on postpartum psychosis from the mother's perspective, focusing on the emotional responses of affected women and providing examples of delusions they may experience. The impact of postpartum psychosis on mother-child bonding is discussed, with particular attention to potential risks to the health and safety of the mother and child, as well as the dilemma concerning the mother's capability to care for the child. The article also examines postpartum psychosis from the father's perspective. Based on qualitative research, the narratives of men whose partners have experienced this disorder are analyzed, highlighting their emotions, the assumption of multiple roles, and recognition of positive aspects of the situation. Isolated cases of postpartum psychosis diagnosed in men are also presented. In considerations of postpartum psychosis, attention has also been drawn to its relationship with child development; however, this issue has not been a frequent subject of research. Finally, a synthesis of the presented research findings was conducted.

Keywords: postpartum depression, child, mother, father, postpartum psychosis

WPROWADZENIE

Pojawienie się w domu noworodka to jedno z najważniejszych wydarzeń w rodzinie (Havighurst, 1981). W pierwszych miesiącach jego życia rodzice, a przede wszystkim matka, nie tylko odgrywają główną rolę opiekunów, lecz także tworzą jego środowisko emocjonalne i społeczne (Righetti-Veltema i in., 2002). Możliwość podjęcia przez kobiety tych obowiązków jest zależna od jej psychicznego i fizycznego stanu. Tymczasem sam okres ciąży i położu to trudny i wyczerpujący czas dla kobiety, kiedy to dochodzi u niej do wielu zmian hormonalnych, fizycznych, emocjonalnych i psychicznych (Bręborowicz, 2020). Biorąc pod uwagę te przekształcenia, badacze wciąż poszukują odpowiedzi na pytanie, czy okres poporodowy jest czasem szczególnie wysokiego ryzyka wystąpienia objawów zaburzeń psychicznych (Heron i in., 2009). W literaturze naukowej obecne są m.in. doniesienia dotyczące występowania u kobiet po porodzie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, stresu pourazowego, depresji poporodowej i psychozy poporodowej (Brockington, 2004). Ze względu na charakter oraz powszechność tych dwóch ostatnich zaburzeń to one zostaną szczegółowo omówione w tym artykule. Świadomość możliwości ich wystąpienia jest ważna ze względu na stan zdrowia kobiet, ale także rozwój dziecka i funkcjonowanie ojców oraz całego systemu rodzinnego (Słomian i in., 2019). Mimo to brak działań mających na celu rozpowszechnienie wiedzy na ich temat jest wielokrotnie podkreślany przez osoby, które otrzymały diagnozę, lub takie, których bliscy ją otrzymali (Doucet, Le-tourneau, Blackmore, 2012; Arampatzi i in., 2022). W celu syntezy wyników badań ilościowych i jakościowych oraz identyfikacji jak największej liczby istotnych obszarów przygotowano artykuł o charakterze przeglądowym. Omówione w nim zagadnienia mogą stanowić podstawę do dalszych, systematycznych przeglądów literatury w obrębie konkretnych problemów badawczych.

DEPRESJA POPORODOWA – CHARAKTERYSTYKA ZABURZENIA

Szacuje się, że depresja poporodowa (*postpartum depression* – PPD) dotyczy 7–63% kobiet po porodzie (Praetorius, Maxwell, Alam, 2020). Rozbieżności w raportowanych wskaźnikach mogą wynikać z odmiennej metodologii przyjętej przez badaczy czy zróżnicowanego ujęcia problematyki zdrowia psychicznego i stygmatyzacji, ale także z różnic kulturowych w badanych populacjach, statusu społeczno-ekonomicznego jednostek, ich poziomu niedożywienia, ilości przeżywanego stresu, a także z czynników biologicznych (Wang i in., 2021). Ujmując ten problem bardziej precyzyjnie, Shorey i in. (2018) na podstawie systematycznego przeglądu literatury wykazali, że depresja poporodowa występuje u około 17% matek. Do charakterystycznych objawów PPD zalicza się obniżenie nastroju,

rozpacz, lęk, zmęczenie, natrętne myśli, zniekształcenia poznawcze, poczucie nieadekwatności czy utratę libido (Horowitz, Goodman, 2005; Dutsch-Wicherek i in., 2020). U pacjentek, które przed ciążą otrzymały diagnozę choroby afektywnej dwubiegunowej, obserwuje się także nietypowe objawy depresji oraz objawy psychotyczne. Zgodnie z wciąż obowiązującą w Polsce klasyfikacją ICD-10 (World Health Organization, 1992) i jej najnowszą wersją ICD-11 (Gałęcki, Szulc, 2023) depresja poporodowa jest diagnozowana, gdy objawy wystąpią do sześciu tygodni po porodzie, natomiast na podstawie amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) jest ona stwierdzana, gdy objawy występują w czasie ciąży lub do czterech tygodni po porodzie.

U niektórych pacjentek występują objawy, które nie są wystarczająco intensywne, aby zdiagnozować depresję poporodową. Są one określane jako przygnębenie poporodowe lub smutek poporodowy (Dutsch-Wicherek i in., 2020; Gałęcki, Szulc, 2023). To najłagodniejsza postać zaburzeń emocjonalnych po porodzie. W ujęciu klinicznym jest to subdepresja, czyli depresja o niskim nasileniu (Makara-Studzińska, 2008). Jej objawy, takie jak zmienność nastrojów, poczucie zmęczenia, płaczliwość, zaniepokojenie, poczucie braku kompetencji w roli matki, czy obawy co do przyszłości, występują w kilka dni po porodzie, natomiast nie zakłócają funkcjonowania matek w istotny sposób (Makara-Studzińska, 2008; Gałęcki, Szulc, 2023). Zazwyczaj objawy zanikają samoistnie po upływie dwóch tygodni, do miesiąca, bez konieczności stosowania farmakoterapii (Dutsch-Wicherek i in., 2020). Wymagane jest natomiast zapewnienie pacjentce wsparcia i opieki, gdyż stan ten wpływa na relację matka–dziecko oraz może rozwinąć się w pełnoobjawową depresję (Makara-Studzińska, 2008; Dutsch-Wicherek i in., 2020).

W licznych badaniach wykazano szereg czynników ryzyka w odniesieniu do wystąpienia depresji poporodowej u kobiet. Należą do nich przede wszystkim: wiek kobiety (Smorti, Ponti, Pancetti, 2019), niski status społeczno-ekonomiczny (Alshikh Ahmad, Alkhatib, Luo, 2021), wcześniejsze epizody zaburzeń psychicznych (Smorti, Ponti, Pancetti, 2019; Zhao, Zhang, 2020; Liu, Wang, Wang, 2022), problemy zdrowotne w czasie ciąży i w okresie okołoporodowym (Smorti, Ponti, Pancetti, 2019; Zhao, Zhang, 2020; Alshikh Ahmad, Alkhatib, Luo, 2021; Moya i in., 2023), zmiany biochemiczne i hormonalne (Payne, Maguire, 2019), ubogie wsparcie społeczne ze strony członków rodziny (Zhao, Zhang, 2020; Alshikh Ahmad, Alkhatib, Luo, 2021), niska jakość związku romantycznego (Smorti, Ponti, Pancetti, 2019) czy stres i niekorzystne zdarzenia życiowe (Payne, Maguire, 2019). W odniesieniu do ojców ustalono, że na depresję poporodową najbardziej narażeni są ojcowie, którzy są starsi (Da Costa i in., 2019), charakteryzują się niskim statusem społeczno-ekonomicznym i brakiem stabilności finansowej (Fentz, Simonsen, Trillingsgaard, 2019; Nishigori i in., 2020; Ansari i in., 2021), doświadczyli wcześniej epizodu zaburzeń psychicznych (Edward i in., 2015; Fentz, Simonsen, Trillingsgaard, 2019; Howarth, Swain, 2020; Nishigori i in., 2020; Ansari i in., 2021), wykazują niską satysfakcję ze swojego związku (Da Costa i in., 2019;

Howarth, Swain, 2020; Ansari i in., 2021), doświadczyli w przeszłości silnego stresu (Da Costa i in., 2019; Ansari i in., 2021), szczególnie w okresie ciąży (Nishigori i in., 2020), nie otrzymują wsparcia społecznego (Ansari i in., 2021), mieli wątpliwości co do posiadania dziecka (Fentz, Simonsen, Trillingsgaard, 2019) lub związane z nim nieadekwatne oczekiwania (Howarth, Swain, 2020), mają chore dziecko (Nishigori i in., 2020) czy przejawiają zaburzenia hormonalne (Kim, Swain, 2007). Szczególnie silnym czynnikiem ryzyka depresji poporodowej u ojców jest depresja matki dziecka (Edward i in., 2015; Nishigori i in., 2020; Ansari i in., 2021).

DEPRESJA POPORODOWA – PERSPEKTYWA MATKI

Funkcjonowanie pacjentek z depresją poporodową jest przedmiotem licznych badań. Doświadczają one wielu niepożądanych emocji. W porównaniu do matek bez PPD czują się bardziej smutne, niespokojne, samotne, zmęczone i wyczerpane (Righetti-Veltema i in., 2002). Wskazują na niską satysfakcję z relacji partnerskiej (Małus i in., 2016). Kobiety w badaniu Edhborga i in. (2005) zwracały uwagę na trudność w zdefiniowaniu na nowo swojej tożsamości po porodzie. Miały poczucie utraty własnego, autonomicznego Ja i bycia określaną jedynie w relacji do dziecka, a nie jako odrębna jednostka. Dla wielu z nich praca była istotnym elementem ich życia, a przebywając nieustannie w domu z dzieckiem, czuły się zagubione i „niewidzialne” dla otoczenia. Niekiedy traktują depresję jako element ich Ja, a czasami mówią o niej jako o „obcym”, który jest odrębny od ich własnego Ja (Abrams, Curran, 2011). Mollard (2014) dokonała przeglądu jakościowych badań naukowych przeprowadzonych na przestrzeni dziesięciu lat (2010–2013), w których analizowano doświadczenia kobiet z depresją poporodową. Badaczka ustaliła, że matki często zwracały uwagę na odczuwany ból i trudny czas rekonwalescencji po porodzie, brak snu oraz zmęczenie. Istotną kwestią były dla nich problemy związane z obowiązkami domowymi, opieką nad dzieckiem, pracą zawodową i pieniędzmi oraz zmianami w relacji z partnerem. Często określały się jako „złe matki”, gdyż nie spełniały oczekiwań stawianych ich zdaniem przez społeczeństwo „dobrym matkom”. Na skutek niemożności sprostania wyidealizowanym standardom próbowały stwarzać pozory, że świetnie sobie radzą, ale doświadczały wstydu i ukrywały się. Podobnej analizy dokonali Johnson, Adam i McIntosh (2020), przy czym analizowali oni dane z lat 1992–2018. Ustalili, że w większości badań w narracjach kobiet pojawiała się doświadczenie straty: siebie, odgrywanych ról, swojej tożsamości, swoich oczekiwań czy kontroli nad własnymi emocjami.

Szczególnie ważnym zagadnieniem w kontekście depresji poporodowej kobiet jest zagrożenie zdrowia i życia dzieci oraz matek. Santos, Sandelowski i Gualda (2014) przeprowadzili wywiady z piętnastoma kobietami, u których zdiagnozowano PPD. Trzynastę z nich prezentowało obawy, że ich dzieciom stanie się

krzywda. Połowa z nich wskazywała na siebie jako potencjalne źródło tej krzywdy, a dwie przyznały się do krzywdzenia swoich dzieci. Barr i Beck (2008) przeprowadzili wywiady z piętnastoma kobietami, które doświadczyły PPD. W niektórych narracjach pojawiały się myśli dotyczące dzieciobójstwa. Wraz z nimi występowały emocje złości i nienawiści. Kobiety te wyobrażały sobie zabójstwo, natomiast myśli te wzbudzały w nich szok i przerażenie. Czasami towarzyszyły im myśli samobójcze, szczególnie gdy kobiety czuły przygnębienie i poczucie beznadziei. Należy zwrócić także uwagę, iż matki podejmują szereg działań w celu zapewnienia dzieciom bezpieczeństwa, m.in. angażując dodatkowe osoby w opiekę lub same stają się nadmiernie czujne (Barr, Beck, 2008; Santos, Sandelowski, Gualda, 2014). Często jednak utrzymują swoje myśli w sekrecie przed rodziną i pracownikami służby zdrowia, gdyż obawiają się, że zostaną uznane za złe matki i dzieci zostaną im odebrane (Barr, Beck, 2008).

Istotną kwestią są także myśli samobójcze występujące u kobiet z PPD. Praetorius, Maxwell i Alam (2020) dokonali przeglądu i analizy badań jakościowych w tym obszarze. Badacze ustalili, że są one związane z czynnikami zarówno psychologicznymi, jak i kulturowymi. Z jednej strony kobiety zwracają uwagę na zmianę tożsamości i przyjęcie nowej roli, której odgrywanie odbiega od wyobrażeń, które matki miały przed porodem. Kobiety podkreślają szczególnie utratę poczucia kontroli w życiu. Z drugiej strony odnoszą się do oczekiwań społeczno-kulturowych. Matki mierzą się ze standardami społecznymi, zgodnie z którymi powinny dobrze sobie radzić w nowej roli. Ponadto w niektórych kulturach kobiety odczuwają silną presję, aby urodzić chłopca. Ze względu na te oczekiwania matki z jednej strony nie chcą ujawniać swoich myśli samobójczych, a z drugiej – coraz silniej doświadczają niepożądanych emocji. Istotnymi predyktorami myśli samobójczych w okresie poporodowym są wczesne objawy depresji poporodowej, wcześniejsza historia zaburzeń psychicznych, stresujące wydarzenia życiowe w czasie ciąży (Gelabert i in., 2020), zakłócenia snu (Praetorius, Maxwell, Alam, 2020), unikowy styl radzenia sobie (Doucet, Letourneau, 2009) i wykorzystanie seksualne w przeszłości lub w niedawnym czasie (Sit i in., 2015). Paris, Bolton i Weinberg (2009) porównali funkcjonowanie matek z depresją poporodową o różnym nasileniu myśli samobójczych. Kobiety o największym ich nasileniu charakteryzowały się najsilniejszymi zaburzeniami nastroju i zniekształceniami poznawczymi. Cechowały się niższą samooceną dotyczącą roli matki, bardziej negatywnie postrzegały swoją relację z dzieckiem i silniej odczuwały stres rodzicielski. Podczas interakcji z dziećmi były oceniane jako mniej wrażliwe, słabiej reagowały na sygnały płynące od niemowląt. Ponadto ich niemowlęta przejawiały mniej pozytywne uczucia i słabsze zaangażowanie w diadzie. Jak wykazali Doucet i in. (2009), myśli samobójcze nie są rzadkim zjawiskiem u kobiet z PPD.

Wiele uwagi badacze poświęcają zależności między depresją poporodową a karmieniem piersią. Dias i Figueiredo (2015) dokonali przeglądu literatury

w tym zakresie i ustalili, że w badaniach systematycznie wykazywana jest zależność między zaprzestaniem karmienia piersią a występowaniem depresji poporodowej. Podobnie, na podstawie analizy dostępnych wyników badań, Xia i in. (2022) wysunęli wniosek, że karmienie piersią jest związane z niższym ryzykiem depresji poporodowej, szczególnie jeśli trwa ono dłużej niż miesiąc. Zdaniem Figueiredo, Canário i Field (2014) ta pozytywna zależność może być wynikiem hormonów odpowiedzialnych za laktację, które mogą mieć działanie przeciwdepresyjne. Chociaż większość kobiet z PPD chce karmić piersią (Tanganhito, Bick, Chang, 2020), to często mierzą się one z trudnościami w tym obszarze, a na skutek niskiego poczucia własnej skuteczności, wynikającego z tych problemów, całkowicie rezygnują z tej formy karmienia (Studniczek, Borowska-Turyn, Laudański, 2018). Ponadto depresja poporodowa jest czasami poprzedzona bólem wywołanym karmieniem (Watkins i in., 2011) lub samymi obawami dotyczącymi jego wystąpienia (Chaudron i in., 2001).

Depresja poporodowa może wpływać na więź kształtującą się między matką a dzieckiem (Faisal-Cury i in., 2020; Lutkiewicz i in., 2020) i jest jej silnym predyktorem nawet rok po porodzie (Kasamatsu i in., 2020). U niektórych kobiet obserwuje się zaburzenie więzi z dzieckiem, które charakteryzuje się brakiem matczynych uczuć, wrogością wobec dziecka, drażliwością czy agresywnością aż do całkowitego odrzucenia dziecka (Brockington i in., 2001). Righetti-Veltema i in. (2002) porównali funkcjonowanie matek trzymiesięcznych dzieci, u których zdiagnozowano depresję, z tymi, u których jej nie zdiagnozowano. Okazało się, że kobiety z pierwszej grupy nie wyrażały żadnej przyjemności w związku ze swoim dzieckiem, czuły się bardziej niezręcznie w stosunku do niego i trzymały je w bardziej nieodpowiedni sposób. Należy natomiast podkreślić, że nie u każdej kobiety ze zdiagnozowaną PPD wystąpią zaburzenia tworzenia takiej więzi (Faisal-Cury i in., 2021). Zdaniem Badr i in. (2018) u kobiet doświadczających wsparcia społecznego ryzyko ich wystąpienia jest mniejsze. Biorąc pod uwagę trudności, jakie mogą wystąpić w kształtowaniu więzi z dzieckiem u kobiet z PPD, zasadne wydaje się pytanie o rolę kontaktu z dzieckiem w procesie zdrowienia. Wyniki badań w tym obszarze nie są jednoznaczne. Coijmans i in. (2022) analizowali wpływ kontaktu „skóra do skóry” (polegającego na kładzeniu nagiego niemowlęcia na gołej klatce piersiowej matki), który miał miejsce codziennie przez godzinę przez pięć tygodni po porodzie, na objawy psychiatryczne u matek. Zaobserwowali zmniejszenie nasilenia lęku i zmęczenia u kobiet, ale nie symptomów depresji. Odmiennie wyniki uzyskali Cho i Jeong (2021). Badacze wykazali, że wydłużanie czasu takiego kontaktu matki z dzieckiem jest związane ze zmniejszaniem objawów depresyjnych u niej.

Pomimo trudności, jakich doświadczają kobiety z depresją poporodową, często rezygnują one z szukania profesjonalnego wsparcia. Uwarunkowania takich działań są wieloczynnikowe. Z jednej strony kobiety rezygnują z korzystania z pomocy ze względu na obawę przed stygmatyzacją i wyznawane wartości (Johnson,

Adam, McIntosh, 2020). Z drugiej strony niechęć do korzystania ze wsparcia może wynikać także z czynników kulturowych, np. braku świadomości na temat PPD w niektórych kulturach czy określonego sposobu postrzegania roli matki (Knudson-Martin, Silverstein, 2009; Maxwell, Robinson, Rogers, 2019).

DEPRESJA POPORODOWA – PERSPEKTYWA OJCA

Depresja poporodowa u matek wpływa także na funkcjonowanie ojców. Większość badaczy, opisując doświadczenie mężczyzn, odwołuje się do informacji uzyskanych od nich w drodze wywiadu. Meighan i in. (1999) przeprowadzili takie rozmowy z ośmioma mężczyznami, u których partnerek zdiagnozowano PPD. Badacze ustalili, że to doświadczenie w istotny sposób wpłynęło na ich życie oraz związek z matką dziecka. Ojcowie jednocześnie doświadczali strachu, byli zdezorientowani, wykazywali troskę o rodzinę oraz czuli się bezsilni wobec zaistniałej sytuacji. Skutkiem braku możliwości udzielenia przez nich pomocy była frustracja i złość. Mężczyźni podkreślali znaczenie wysiłków włożonych w próby utrzymania rodziny, natomiast zwracali także uwagę na ciągłą niepewność, która była wynikiem utrzymujących się zmian u partnerek. Kolejni badacze, Letourneau i in. (2011), przeprowadzili wywiady z jedenastoma mężczyznami. Wszyscy ojcowie wskazywali na szerokie spektrum emocji, których doświadczają: lęk, bezradność, złość, frustrację czy smutek. Opisywali także problemy behawioralne, takie jak zaburzenia snu czy zmiany w apetycie (był zwiększony lub zmniejszony). Ponadto wskazywali na obecność myśli dotyczących skrzywdzenia siebie bądź dziecka. Mężczyźni sygnalizowali również trudność w ocenie stanu partnerki. Niektóre zachowania kobiet przypisywali faktowi bycia mamą po raz pierwszy lub obecności nowego dziecka w domu. Na skutek takich interpretacji oceniali obserwowane u partnerek objawy jako słabsze. Mężczyźni wskazali także na szereg potrzeb związanych z depresją poporodową u kobiet. Należą do nich przede wszystkim dostęp do informacji na temat PPD oraz zapewnienie im wsparcia społecznego. W wywiadach prowadzonych przez Beestin, Hugh-Jones i Gough (2014) wzięło udział czternaście ojców. Większość z nich określiła fizyczną bądź psychiczną nieobecność partnerki jako najcięższą konsekwencję depresji poporodowej u kobiet. Była ona związana z koniecznością wzięcia na siebie obowiązków obojga rodziców, co prowadziło u nich do poczucia osamotnienia. Ojcowie często czuli się także sfrustrowani i bezsilni, natomiast ze względu na obawy dotyczące tego, co stanie się z dziećmi, gdy zwrócą się do kogoś o pomoc, nie poszukiwali wsparcia. Mężczyźni zwracali także uwagę na pogorszenie ich relacji partnerskich, które opisywali obecnie jako relacje między opiekunem a pacjentem. Wszystkie wyzwania, z którymi się mierzyli, wpływały także negatywnie na doświadczanie

przez nich rodzicielstwa. Niektórzy ojcowie określali jednak swoją adaptację do nowej sytuacji jako prawidłową. W badaniu Ierardi i in. (2019) mężczyźni kładli nacisk na podejmowane wysiłki mające na celu dostarczenie emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia przy jednoczesnej próbie ustalenia, co się dzieje z ich partnerkami. Opisywali poczucie izolacji od rodziny i przyjaciół oraz próby ukrycia ich aktualnej, rodzinnej sytuacji. Wskazywali na doświadczany lęk i zniechęcenie oraz objawy fizyczne, takie jak utrata lub przyrost masy ciała. Należy natomiast podkreślić, że niewielu badaczy podejmowało kwestię wpływu depresji poporodowej u matki na ojca dziecka. Holopainen i Hakulinen (2019) dokonali przeglądu badań jakościowych w tym obszarze. Ustalili, że w większości badań skupiało się wyłącznie na doświadczeniach matek.

Depresja poporodowa matki jest także związana z relacją między ojcem a dzieckiem. Do tej pory przeprowadzono jednak niewiele badań w tym obszarze, a uzyskane wyniki nie są spójne. Edhborg i in. (2003), obserwując interakcje dzieci z ojcami, ustalili, że ojcowie przejawiają pozytywną więź z dziećmi, co określili „kompensacją” objawów depresji u matki. W badaniu kwestionariuszowym prowadzonym przez Goodman (2008) ustalono natomiast, że depresja poporodowa u matki wpływa negatywnie na interakcje ojciec–dziecko i jest związana ze stresem rodzicielskim u mężczyzn. Podobnie Korkmaz i Erkek (2021) wykazali, że depresja poporodowa matek jest związana z zaburzeniem więzi ojciec–dziecko.

Coraz więcej uwagi badacze poświęcają depresji poporodowej u ojców, natomiast wciąż jest ona znacznie słabiej poznana niż u matek. Sama informacja, że mężczyźni również mogą cierpieć na PPD, jest zaskakująca zarówno dla nich samych, jak i dla kobiet (Eddy i in., 2019). Konsekwencje depresji poporodowej u ojców są natomiast poważne. Pedersen, Maindal i Ryom (2021) przeprowadzili wywiady z ośmioma mężczyznami, którzy doświadczyli PPD. Ojcostwo było przez nich postrzegane jako przytłaczające doświadczenie, związane głównie z poczuciem bezsilności i nieadekwatności. Zwracali uwagę na różnice pomiędzy ich oczekiwaniami a rzeczywistością. Niektórzy z nich wyrażali nienawiść w stosunku do dziecka. Konsekwencją takich doświadczeń i emocji było wycofanie się z kontaktów z dzieckiem. Biorąc pod uwagę konsekwencje PPD u mężczyzn, coraz więcej badaczy zaleca prowadzenie badań screeningowych w kierunku depresji poporodowej u ojców (Asper i in., 2018). Obserwuje się jednak pewne bariery w tym zakresie. Do tej pory nie opracowano jasnych kryteriów diagnostycznych (Kim, Swain, 2007) i narzędzi diagnostycznych do oceny tego zaburzenia u mężczyzn (Leśniewska i in., 2021). Ponadto ojcowie często nie chcą się dzielić swoimi emocjami, co wynika z powielanych stereotypów, zgodnie z którymi mężczyzna powinien być silny i nie ujawniać swoich odczuć (Eddy i in., 2019). Oprócz odpowiedniej diagnozy konieczne jest także zadbanie o właściwe wsparcie. Mężczyźni często nie wiedzą, gdzie szukać pomocy (Letourneau i in., 2011), a jeśli poszukują informacji dotyczących tego, w jaki

sposób sobie poradzić, to okazuje się, że większość materiałów edukacyjnych jest skierowanych do kobiet (Eddy i in., 2019).

Depresja poporodowa u ojców jest związana z więzią, którą budują z dzieckiem. Mężczyźni z PPD mają trudność z oceną twarzy emocjonalnych, przez co mogą być mniej wrażliwi na ekspresję niemowląt, a w efekcie mogą wykazywać ogólnie bardziej negatywny wzorec interakcji ze swoimi dziećmi (Koch i in., 2019). Kerstis i in. (2016) ustalili, że objawy depresyjne występujące u ojców sześć tygodni po porodzie są związane z zaburzeniami więzi z dzieckiem w szóstym miesiącu po nim. Do podobnych wniosków doszli Wells i Jeon (2023). Badacze wykazali, że ojcowie, u których obserwowano objawy depresji i/lub niską jakość relacji z partnerką, jednocześnie charakteryzowali się bardziej zaburzoną więzią z dzieckiem. Ponadto ustalono także, że objawy depresyjne u ojców są związane z mniej optymalnymi zachowaniami ich partnerek w interakcjach z dziećmi (Field, Hossain, Malphurs, 1999).

DEPRESJA POPORODOWA – PERSPEKTYWA DZIECKA

Depresja poporodowa matek jest związana z opóźnieniami rozwojowymi ich dzieci zarówno w pierwszym roku życia dziecka (np. Lucci, Otta, 2013), jak i w kolejnych (np. Santos i in., 2023). Aoyagi i Tsuchiya (2019) zwracają natomiast uwagę, że większość badań w tym zakresie ma ograniczenia metodologiczne, dlatego uzyskane wyniki należy interpretować z dużą ostrożnością. Szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że większość z nich ma charakter korelacyjny i charakteryzuje się małą liczbą osób badanych.

Depresja poporodowa u matek jest związana z funkcjonowaniem fizycznym ich dzieci. W badaniach wykazano zależność między nasileniem PPD a większym ryzykiem nagłej śmierci łóżeczkowej dziecka, wolniejszym przyrostem masy ciała i wolniejszym wzrostem obwodu główki (Gałęcki, Szulc, 2023). Aoyagi i Tsuchiya (2019) dokonali przeglądu badań, które dotyczyły matek z subkliniczną bądź kliniczną formą depresji poporodowej. Ustalili, że w krajach rozwijających się PPD jest związana z niedowagą niemowląt, a w krajach rozwiniętych z ich nadwagą.

U dzieci matek z PPD obserwuje się także problemy behawioralne. Righetti-Veltema i in. (2002) ustalili, że matki z depresją poporodową twierdzą, iż ich trzymiesięczne dzieci mają więcej problemów z przyjmowaniem posiłków i ze snem oraz częściej cierpią na zaparcia. Ponadto częściej niż kobiety bez objawów PPD opisują swoje dzieci jako płaczące, i w podobny sposób niemowlęta te są określane przez położne. Trudności eksternalizacyjne i internalizacyjne u dwu-trzylatków są natomiast związane z objawami depresji u ojców (Carro i in., 1993).

Badacze analizują także objawy depresji poporodowej w odniesieniu do kompetencji emocjonalno-społecznych dzieci. Væver i in. (2020) zaobserwowali, że gdy u niemowląt matek z depresją poporodową występuje negatywny wyraz twarzy lub gdy odwracają wzrok, wówczas stany te dłużej się utrzymują niż u dzieci z grupy kontrolnej. Badacze interpretują te wyniki jako potwierdzenie zaburzeń w zakresie regulacji emocji, w tym możliwości uspokojenia się i ponownego zaangażowania w interakcję. W kilku badaniach wykazano, że objawy PPD są związane z wycofaniem społecznym u niemowląt. Smith-Nielsen i in. (2019) ustalili taką zależność, obserwując interakcje dzieci z obcą osobą. Do podobnych wniosków doszli Mäntymaa i in. (2008) oraz Matthey i in. (2005). Righetti-Veltma i in. (2002) zaobserwowali, że dzieci matek z depresją poporodową przejawiają mniejszą wzajemność w kontaktach z matkami i rzadziej się do nich przytulają. Edhborg i in. (2003) uzyskali porównywalne wyniki. W ich badaniu dzieci matek o wysokich wynikach na skali PPD charakteryzowały się mniejszą wytrwałością w zabawie i mniejszą radością z ponownego spotkania po rozstaniu z matkami niż dzieci matek o niskim wyniku na tej skali. Podobne obserwacje poczynili Lubotzky-Gete i in. (2021). W ich badaniu PPD była związana z większymi deficytami w zakresie wokalizowania w diadzie z osobą dorosłą. Taki związek między rozpoznaniem PPD a krótszym werbalnym wokalizowaniem niezadowolenia wykazali także Væver i in. (2020). Ponadto depresja poporodowa u matek jest związana z mniejszą liczbą zachowań eksploracyjnych i mniejszą ciekawością u dzieci (Galler i in., 2000).

Niektórzy badacze poświęcają uwagę analizie zależności między depresją poporodową u kobiet a kompetencjami werbalnymi u dzieci. Righetti-Veltma i in. (2002) ustalili, że dzieci matek z PPD wokalizują rzadziej niż niemowlęta matek bez depresji. Do podobnych wniosków doszli Lubotzky-Gete i in. (2021). W ich badaniu największe deficyty związane z PPD obserwowano w zakresie kompetencji werbalnych, takich jak wydawanie dźwięków. Na brak takiej zależności wskazują natomiast Smith-Nielsen i in. (2016).

W kilku badaniach analizowano zależność między PPD a rozwojem motoryki u niemowląt, natomiast wyniki w tym zakresie są niespójne. Galler i in. (2000) ustalili, że objawy depresyjne u matek są związane z opóźnieniem rozwoju motorycznego u dzieci. Aoyagi i Tsuchiya (2019) wykazali natomiast zależność między depresją poporodową u matek a słabszym rozwojem motoryki małej (ale nie dużej). Lubotzky-Gete i in. (2021) uzyskali odmienne wyniki. Badacze ustalili, że istnieje zależność między depresją poporodową u matek a znacznym opóźnieniem rozwojowym w zakresie motoryki dużej: umiejętności pełzania i stania. Cornish i in. (2005) ustalili, że przewlekła depresja matki, trwająca przynajmniej dwanaście miesięcy od porodu jest związana z gorszym funkcjonowaniem motorycznym dzieci w piętnastym miesiącu życia, natomiast gdy objawy depresji występowały tylko cztery miesiące po porodzie, nie

zaobserwowano takiej zależności. Na jej brak takiej wskazują także Smith-Nielsen i in. (2016).

Niektórzy badacze analizują zależność między depresją poporodową u matek a rozwojem poznawczym u dzieci. Na podstawie dokonanego przeglądu literatury Aoyagi i Tsuchiya (2019) ustalili, że istnieje zależność między PPD a słabszymi wynikami w zakresie niektórych wskaźników funkcjonowania poznawczego dzieci. Podobnie Galler i in. (2000) wykazali, że niemowlaki kobiet z depresją poporodową uzyskują niższe wyniki na skalach funkcjonowania poznawczego niż dzieci kobiet bez depresji poporodowej. Zależność ta wydaje się złożona. Jej istotnym mediatorem jest wycofanie społeczne obserwowane u dzieci podczas kontaktu z innymi osobami (Smith-Nielsen i in., 2019). Ponadto Smith-Nielsen i in. (2016) wykazali, że czteromiesięczne niemowlęta matek z depresją poporodową uzyskują niższe wyniki w skalach mierzących kompetencje poznawcze niż ich rówieśnicy, których matki nie miały depresji poporodowej, natomiast różnic tych nie obserwowano, gdy dzieci skończyły trzynaście miesięcy. Badacze wyciągnęli więc wniosek, że PPD u matek może mieć istotny wpływ na rozwój poznawczy dzieci, natomiast nie musi on być trwały. Ponadto być może depresja poporodowa matek nie odgrywa roli istotnego predyktora rozwoju dziecka w perspektywie długoterminowej. Do odmiennych wniosków doszli Cornish i in. (2005). Badacze ustalili, że przewlekła depresja matki, trwająca przynajmniej dwanaście miesięcy od porodu, jest związana z gorszym funkcjonowaniem motorycznym dzieci w piętnastym miesiącu życia, natomiast gdy objawy depresji występowały tylko cztery miesiące po porodzie, nie zaobserwowano takiej zależności.

PSYCHOZA POPORODOWA – CHARAKTERYSTYKA ZABURZENIA

Badacze zajmujący się funkcjonowaniem pacjentek w okresie okołoporodowym skupiają się przede wszystkim na depresji poporodowej (Heron i in., 2009; Kossakowska, 2019), natomiast równie ważnym zagadnieniem jest psychoza poporodowa (*postpartum psychosis* – PPP). Jest ona zjawiskiem stosunkowo rzadkim, diagnozowanym u 1–2 kobiet na 1000 (Friedman, Reed, Ross, 2023). Do objawów psychozy poporodowej zalicza się omamy, urojenia i inne zaburzenia myślenia (Dutsch-Wicherek i in., 2020). Ponadto u pacjentek mogą występować nieadekwatny do sytuacji śmiech lub płacz, obniżony bądź podwyższony nastrój, pobudzenie, zaburzenia snu czy zaburzenia łaknienia (Gałęcki, Szulc, 2023). Objawy obejmują także dezorientację, derealizację¹,

¹ Derealizacja dotyczy zmian w percepcji rzeczywistości zewnętrznej (np. czasu, przestrzeni). Jest związana z poczuciem odrealnienia świata, postrzeganiem go jako innego niż zazwyczaj (Matecka, Wycisk, 2003).

depersonalizację² i splątanie (zaburzenie świadomości) oraz zdezorganizowane zachowanie (Sit, Rothschild, Wisner, 2006; Dutsch-Wicherek i in., 2020). Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją ICD-10 (World Health Organization, 1992) i jej najnowszą wersją ICD-11 (Gałęcki, Szulc, 2023) psychoza poporodowa jest diagnozowana, gdy objawy wystąpią do sześciu tygodni po porodzie, natomiast według ekspertów opracowujących klasyfikację DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) objawy powinny być obserwowane w czasie ciąży lub do czterech tygodni po porodzie. U niektórych pacjentek występują objawy, które nie są wystarczająco intensywne, aby zdiagnozować psychozę poporodową. W takich przypadkach specjaliści mówią o hipomanii poporodowej (Sharma, Burt, 2011), przy czym zjawisko to jest bardzo słabo opisane w literaturze.

Do czynników ryzyka wystąpienia psychozy poporodowej należą przede wszystkim: młodszy wiek i niższy dochód (Upadhyaya, Sharma, Raval, 2014), wcześniejsze epizody psychotyczne (Valdimarsdóttir i in., 2009), wcześniejsza diagnoza choroby afektywnej dwubiegunowej (Jones, 2020), poziom kortyzolu w trzecim trymestrze ciąży (Hazelgrove i in., 2021), powikłania okołoporodowe i noworodkowe (Nguyen i in., 2022; Upadhyaya, Sharma, Raval, 2014) oraz nieobecność męża w fazie okołoporodowej (Upadhyaya, Sharma, Raval, 2014). Do tej pory nie jest jasny mechanizm odpowiedzialny za wystąpienie objawów psychotycznych po porodzie. Jones (2020) podkreśla znaczenie czynników społeczno-psychologicznych w kształtowaniu zdrowia psychicznego w okresie poporodowym, natomiast twierdzi, że prawdopodobnie kluczową rolę odgrywają czynniki biologiczne. Badacz zwraca uwagę na gwałtowny wzrost poziomu hormonów w czasie ciąży i ich szybki spadek po porodzie. Ponadto wskazuje na potencjalną rolę zaburzeń mechanizmów immunologicznych, stanów zapalnych w organizmie, zaburzenia cyklu dobowego (wywołane wybudzaniem się niemowlęcia), a także czynników genetycznych. Inni badacze uwzględniają również rolę stresu (Friedman, Reed, Ross, 2023).

Należy także zwrócić uwagę na związek między depresją poporodową a psychozą poporodową. Wielu badaczy wskazuje na to, iż nie są to całkowicie odrębne zaburzenia psychiczne (Doucet i in., 2009), a niektóre podobne objawy mogą utrudniać stawianie właściwej diagnozy (Horowitz, Goodman, 2005; Dutsch-Wicherek i in., 2020). Szczegółowego porównania tych dwóch zaburzeń dokonali Doucet i in. (2009). Badacze stwierdzili, iż depresja poporodowa jest znacznie częściej diagnozowana, a jej objawy mogą pojawić się w dłuższej perspektywie, nawet rok po porodzie. Nie zmienia to natomiast faktu, że jest ona trudniejsza do wykrycia, gdyż niektóre z jej objawów są podobne do objawów somatycznych występujących po porodzie u większości kobiet (np. zakłócenia snu). Chociaż

² Depersonalizacja dotyczy zmian w percepcji siebie. Jest związana z poczuciem obcości i nierealności swojego ciała (Matecka, Wycisk, 2003).

badacze wskazują na wspólne dla depresji i psychozy poporodowej czynniki ryzyka (Chen i in., 2021), to podkreślają także, iż w odniesieniu do PPD większą rolę odgrywają czynniki bio-psycho-społeczne, a dla PPP – biologiczne (Doucet i in., 2009).

PSYCHOZA POPORODOWA – PERSPEKTYWA MATKI

Psychoza poporodowa wpływa na doświadczenia kobiet w roli matek. Przeżywają one szerokie spektrum emocji. Czują się zdezorientowane, nie wiedzą, co się dzieje (Engqvist i in., 2011). Towarzyszy im poczucie bezsilności (Forde, Peters, Wittkowski, 2020). Wyatt i in. (2015) ustalili, że w momencie przyjęcia na oddział psychiatryczny często obwiniają o to partnera, natomiast nie postrzegają jego winy, gdy są już zdrowe. Doświadczają natomiast poczucia izolacji i jednocześnie muszą radzić sobie z poczuciem winy, że z powodu hospitalizacji rozdzieliły dziecko od ojca. Ponadto odczuwają presję, by być idealną matką. W procesie zdrowienia nieustannie towarzyszy im strach (Forde, Peters, Wittkowski, 2020): matki obawiają się utraty dziecka, utraty kontroli, czasu czy wolności. Prezentują obawy dotyczące przyszłości. Czują się winne i odpowiedzialne za swój stan, wstydzą się go i jednocześnie boją się uwięzienia w „szalonym” umyśle (Engqvist i in., 2011). Pomimo przeżywanych emocji często doświadczają trudności w komunikowaniu swojego niepokoju i w efekcie postrzegają własne cierpienie jako nierozpoznane lub bagatelizowane (Wyatt i in., 2015). Zwracają także uwagę na utratę swojej tożsamości: określają siebie i są określane przez innych jako zupełnie inne niż wcześniej (Forde, Peters, Wittkowski, 2020). W badaniu Engqvista i in. (2011) kobiety opisywały także urojenia, których doświadczaly. Niektóre z nich był przekonane, że ich dziecko jest chore lub umiera albo że jest Jezusem. Inne wierzyły, że ich dom jest opętany przez demony. Doświadczaly także pewnego rodzaju uniesienia, poczucia, iż świat jest piękny, lśniący. Niektóre kobiety czuły, że mają nad nim kontrolę, podczas gdy inne czuły się kontrolowane przez niezidentyfikowany obiekt lub jednostkę. Każda aktywność wydawała im się świetną zabawą. Ponadto niektóre z nich doświadczaly zaburzeń snu. Forde, Peters i Wittkowski (2020) dokonali przeglądu badań, w których analizowano narracje kobiet z PPP. Początkowo, jeszcze przed diagnozą, zarówno kobiety, jak i członkowie ich rodzin doświadczają trudności w określeniu tego, na czym polega problem. Z obawy przed stygmatyzacją czy możliwością odebrania im dziecka nie szukają pomocy. Pomimo tych trudnych doświadczeń matki wskazują także na pozytywne aspekty swojej sytuacji: czują się bardziej pewne siebie i silniejsze. Odczuwają umocnienie więzi z bliskimi.

Psychoza poporodowa wpływa na więź budowaną między matką a dzieckiem. Niekiedy kobiety są tak pogrążone w psychotycznym świecie, że nie mają ani

czasu, ani ochoty, by poświęcić uwagę dziecku (Engqvist i in., 2011). Biaggi i in. (2021) analizowali, w jaki sposób więź jest tworzona u kobiet w grupie ryzyka wystąpienia psychozy poporodowej oraz u kobiet nieznajdujących się w tej grupie. Tworząca się więź była oceniana w 32 tygodniu ciąży oraz 8 i 12 miesięcy po porodzie. Ustalono, że kobiety z grupy ryzyka, u których po porodzie rozwinęły się objawy psychozy poporodowej, prezentowały bardziej negatywne emocje w stosunku do dziecka i słabiej oceniały swoją więź z nim w okresie ciąży niż kobiety z tej samej grupy, u których objawy nie wystąpiły, oraz kobiety spoza grupy ryzyka. Ponadto badacze wykazali, że u pacjentek z nawrotem objawów po porodzie występowały już pewne objawy psychiatryczne w okresie przedporodowym. Oznacza to, że kobiety w grupie ryzyka psychozy poporodowej, u których obserwuje się przedporodowe objawy psychiatryczne, powinny korzystać z interwencji psychologicznych mających na celu ochronę ich zdrowia psychicznego w okresie poporodowym. Odmienne wyniki uzyskano natomiast dla okresu poporodowego. Nie zaobserwowano różnic w postrzeganej więzi z dzieckiem pomiędzy kobietami z grupy ryzyka, u których rozwinęła się psychoza poporodowa, a tymi, które pozostały zdrowe. Cała grupa kobiet z grupy ryzyka prezentowała natomiast bardziej negatywne emocje w stosunku do swoich dzieci i gorszą jakością więzi niż matki z grupy kontrolnej. Do podobnych wniosków badacze doszli w kolejnym badaniu (Biaggi i in., 2023). Nie zaobserwowali różnic w jakości interakcji między kobietami z grupy ryzyka, u których rozwinęły się objawy psychotyczne, a tymi, u których one nie wystąpiły. Matki, które należały do grupy ryzyka (bez względu na to, czy rozwinęły objawy psychotyczne, czy nie), charakteryzowały się natomiast mniej adekwatnymi interakcjami z dziećmi niż te z grupy kontrolnej.

Niektórzy badacze porównują proces tworzenia więzi z dzieckiem przez kobiety z psychozą poporodową i kobiety z depresją poporodową. W badaniach Hornsteina i in. (2006) matki z pierwszej grupy znacznie lepiej oceniały swoją więź z dzieckiem niż te z drugiej. Badacze, wyjaśniając te różnice, odwołują się do psychopatologii. Wskazują na to, że kobiety z depresją poporodową doświadczają poczucia nieadekwatności czy negatywnych przekonań, co osłabia mechanizm budowania więzi. W efekcie pojawiają się u nich myśli dotyczące oddania dziecka, np. do adopcji. Kobiety z psychozą poporodową prezentują natomiast osłabioną zdolność introspekcji (obserwacji własnych stanów, myśli). Ponadto podejmują większy wysiłek, by dostosować się do sytuacji, gdyż mierzą się z lękiem związanym z możliwą utratą dziecka. Dlatego też swoją więź z dzieckiem oceniają w bardziej pozytywny sposób. Do podobnych wniosków doszli Gilden i in. (2020a), którzy ustalili, że w momencie przyjęcia matki i dziecka na oddział zaburzenia w budowaniu więzi stwierdzono u prawie 60% kobiet z depresją poporodową i prawie 18% pacjentek z psychozą poporodową. Zdaniem badaczy wyższe wskaźniki u kobiet z pierwszej grupy są wynikiem ich poczucia nieadekwatności, negatywnych przekonań i wątplenia w siebie, czego nie obserwuje się u pacjentek z grupy drugiej. Swoje wnioski argumentują faktem, że zmniejszenie nasilenia

objawów u pacjentek było związane z lepszą jakością więzi. Analogiczne wyniki przedstawili Noorlander, Bergink i van den Berg (2008). W ich badaniu więź z dzieckiem była postrzegana jako bardziej negatywna przez kobiety z depresją poporodową w porównaniu do kobiet z psychozą poporodową. Zdaniem badaczy może to wynikać z faktu, że u kobiet z PPD dłużej utrzymują się symptomy, podczas gdy matki z PPP szybciej wracają do zdrowia. Ponadto w tym badaniu interakcje matek z dziećmi były obserwowane przez pielęgniarki. Wyniki ich obserwacji były skorelowane z samooceną dokonywaną przez matki z depresją poporodową, co może świadczyć o ich adekwatnym postrzeganiu siebie. Nie wykazano natomiast takiej korelacji w odniesieniu do matek z psychozą poporodową. Zdaniem badaczy może to być efekt braku realistycznego postrzegania rzeczywistości przez nie. Wbrew założeniom niektórych badaczy, że wraz z ustąpieniem objawów więzi matki i dziecka ulegnie poprawie, u niektórych kobiet trudność z budowaniem takiej więzi będzie się utrzymywać pomimo zmniejszenia lub całkowitego ustąpienia symptomów zaburzenia (Gilden i in., 2020a).

W kontekście kobiet z psychozą poporodową szczególnie trudną kwestią jest możliwość sprawowania przez nie opieki nad dzieckiem. Z jednej strony zarówno kobiety (Wicks, Tickle, Dale-Hewitt, 2019), jak i badacze (Forde, Peters, Wittkowski, 2020) zwracają uwagę na istotną rolę opieki i bliskości z dzieckiem w procesie leczenia. Plunkett i in. (2017), na podstawie analizy wywiadów z dwunastoma kobietami doświadczającymi PPP, ustalili, że dziecko odgrywa istotną rolę w procesie zdrowienia, przy czym jest ona złożona. W niektórych sytuacjach interakcje z dzieckiem motywują matki do dalszego leczenia. Utrzymywanie z nim kontaktu fizycznego zmniejsza stres, a wchodzenie z nim w interakcje umacnia więź i poczucie skuteczności. Jednocześnie troska o niemowlę może być źródłem stresu i obaw związanych z pełnioną funkcją. Ponadto kobiety mówią o trudności w radzeniu sobie z opieką nad dzieckiem, gdy same są skrajnie wyczerpane i pod wpływem leków (Forde, Peters, Wittkowski, 2020). Należy także zwrócić szczególną uwagę na fakt, że u niektórych pacjentek mogą pojawiać się myśli dotyczące zrobienia dziecku krzywdy (Wicks, Tickle, Dale-Hewitt, 2019). Trudno ocenić, jak często występują one u matek, gdyż badacze przedstawiają różne dane [np. 8% (Kamperman i in., 2017), 33% (Wisner, Peindl, Hanusa, 1994), 43% (Chandra, Venkatasubramanian, Thomas, 2002)], natomiast ewentualna obecność takich myśli powinna zawsze być kontrolowana przez specjalistów. Hill i in. (2019) dokonali przeglądu dokumentacji medycznej wszystkich kobiet, u których zdiagnozowano psychozę poporodową od 2012 do 2017 r., a które zostały przyjęte na oddział razem z dzieckiem. Analizie zostały poddane dane pochodzące od 25 kobiet. 17 z nich prezentowało objawy afektywne. U 11 stwierdzono depresję, a u 6 objawy maniakalne lub mieszane. Badacze ustalili, że w odniesieniu do 5 przypadków konieczne było zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa ze względu na możliwości nawrotu nadużywania substancji psychoaktywnych i/lub braku odpowiedniego wsparcia dla matek. Zdaniem Baldaçara i in. (2023) ocena zagrożenia dla samej

kobiety bądź jej dziecka stanowi jedno z najtrudniejszych zadań dla specjalistów. W kontekście zagrożenia życia należy także zwrócić uwagę na takie zagrożenie w przypadku matki, która doświadcza psychozy poporodowej. Gilden i in. (2020b) ustalili, że ryzyko samobójstwa u kobiet, u których po raz pierwszy zdiagnozowano PPP, jest wysokie i wynosi 4–11%. Forde, Peters i Wittkowski (2020) podkreślają, że ze względu na skalę objawów, które występują u pacjentek, parze należy zaoferować wsparcie w zakresie podejmowania decyzji związanych z przyszłymi ciążami.

PSYCHOZA POPORODOWA – PERSPEKTYWA OJCA

Psychoza poporodowa u matki nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie ojca dziecka, natomiast wciąż niewystarczająco dużo uwagi poświęca się partnerom kobiet doświadczających psychozy poporodowej. Tymczasem psychoza poporodowa u matek ich dzieci jest dla nich doświadczeniem traumatycznym (Holford i in., 2018). W przypadku pierwszego epizodu PPP mężczyźni często przechodzą przez podobne etapy: pomijanie wczesnych objawów, rozpoznawanie ostrych objawów, szukanie pomocy i próby zrozumienia sytuacji (Boddy i in., 2016). Jednym z najczęściej poruszanych przez nich tematów jest poczucie straty. W badaniu Holforda i in. (2018) dotyczyła ona utraty wspólnego przeżywania pierwszych dni z dzieckiem w oczekiwany, zaplanowany sposób czy utraty relacji ze swoją partnerką. Takie doświadczenie wywoływało w nich fizyczny i emocjonalny ból. Podobnie Boddy i in. (2016) ustalili, że mężczyźni sygnalizują straty, które pojawiają się w relacji. Czują się osamotnieni w doświadczeniu zaburzeń u partnerki. Lyons i in. (2023) dokonali przeglądu licznych baz naukowych pod kątem badań jakościowych i znaleźli doniesienia z 6 projektów, w których uzyskano informacje od łącznie 33 ojców. Badacze ustalili, że często towarzyszącym im uczuciem jest poczucie straty. Mężczyźni skarżą się także na brak informacji. Nie wiedzą, co dzieje się z ich partnerkami ani jak mogą im pomóc (Holford i in., 2018). Czują się pomijani i pozbawieni wsparcia ze strony profesjonalistów (Boddy i in., 2016). Doświadczają wykluczenia i braku wysłuchania ich przez pracowników służby zdrowia, co nasila ich poczucie bezradności (Holford i in., 2018).

Partnerzy doświadczają szerokiego spektrum emocji. Często mówią o bezsilności wynikającej przede wszystkim z poczucia braku kontroli i niepewności co do przyszłości (Holford i in., 2018), smutku i poczucia opuszczenia (Holford i in., 2018). Doświadczają poczucia winy i żalu biorących się z przekonania o niewłaściwym podejmowaniu określonych działań (takich jak zachęcanie partnerki do wyjścia z domu) lub ich zaniechaniu (np. nieobecność w szpitalu) (Wyatt i in., 2015). Źródłem frustracji jest u nich brak bieżących informacji ze strony personelu medycznego (Boddy i in., 2016), a niewystarczająca wiedza i niska świadomość

psychozy poporodowej skutkują strachem czy szokiem (Lyons, Hennesey, Noonan, 2023).

Mężczyźni, których partnerki doświadczyły psychozy poporodowej, mają przed sobą wiele wyzwań. Do sytuacji, z którymi muszą sobie radzić, zaliczają m.in. konieczność ustalenia wspólnych wartości w danej sytuacji, brak możliwości poradzenia sobie z własnymi emocjami, konieczność uznania potrzeb matki jako priorytetowych czy ograniczenie interpretacji niektórych zachowań matki po wyleczeniu (np. dużo energii) jako symptomów nawrotu, wyznaczanie granic w sprawowaniu opieki innym członkom rodziny (Holford i in., 2018). Mężczyźni w różny sposób radzą sobie z tą trudną sytuacją. Niektórzy poszukują większej przestrzeni dla siebie, inni korzystają ze wsparcia u przyjaciół, anonimowo w sieci (Wyatt i in., 2015; Boddy i in., 2016; Holford i in., 2018) lub w formalnych grupach wsparcia (Doucet, Letourneau, Blackmore, 2012). W swoich badaniach Holford i in. (2018) wskazują na szereg podejmowanych strategii. Ojcowie starają się wykonywać codzienne obowiązki (np. opiekę nad dzieckiem), dążą do zachowania normalności czy próbują planować każdy dzień. Uczą się rozmawiać o swoich emocjach, szczególnie z partnerką. Wykorzystują humor. Poszukują informacji na temat radzenia sobie w sytuacji psychozy poporodowej. Ma to miejsce szczególnie przy braku informacji ze strony pracowników służby zdrowia. Przyjęcie partnerki na oddział jest przez nich traktowane jako doświadczenie ułatwiające radzenie sobie z daną sytuacją (Boddy i in., 2016). Większość z mężczyzn wskazuje natomiast na obniżone zdolności radzenia sobie w kontekście PPP u matek ich dzieci (Holford i in., 2018).

Partnerzy stawiają swoje hipotezy dotyczące przyczyn zachorowań ich partnerek (Holford i in., 2018). Wskazują na fizyczne funkcjonowanie partnerki w sytuacji okołoporodowej (np. trudny poród, zmiany hormonalne, anemię) i po porodzie (zmęczenie, brak snu, problemy z karmieniem). Zwracają także uwagę na czynniki psychologiczne, takie jak odczuwana presja związana z opieką nad dzieckiem. Ponadto odwołują się do zbyt późno rozpoczętego leczenia czy stosowanej farmakologii jako istotnej przyczyny nasilenia objawów.

W sytuacji gdy kobiety doświadczały psychozy poporodowej, mężczyźni muszą zarządzać jednocześnie wieloma rolami (Wyatt i in., 2015; Holford i in., 2018). Szczególnie trudne jest dla nich jednoczesne zaspakajanie potrzeb dziecka i opieka nad partnerką, przy konieczności utrzymania pracy (Holford i in., 2018). Ze względu na nieprzewidywalny charakter objawów czują się szczególnie odpowiedzialni za dziecko (Boddy i in., 2016). Dla niektórych rozłąka z dzieckiem nie jest natomiast odczuwana bardzo intensywnie, gdyż nie zdążyli jeszcze stworzyć więzi, podczas gdy inni traktują ją jako opóźnienie możliwości budowania własnej rodziny (Boddy i in., 2016).

Istotną kwestią dla mężczyzn jest zmiana dokonująca się w ich relacji z partnerką. Na skutek choroby ich związek przekształca się z relacji partnerskiej na relację opiekun–osoba potrzebująca opieki (Holford i in., 2018). Mężczyźni czują się

odpowiedzialni za rodzinę (Boddy i in., 2016) i postrzegają dostarczenie wsparcia jako swój obowiązek (Wyatt i in., 2015). Ciężkim doświadczeniem jest dla nich natomiast poradzenie sobie z postrzeganymi przez nich tożsamościowymi i osobowościowymi zmianami u partnerki (Boddy i in., 2016). Zwracają także uwagę na trudność w utrzymaniu fizycznej intymności oraz nieadekwatność dotychczasowych sposobów komunikacji (Wyatt i in., 2015). Ponadto dużym wyzwaniem jest dla nich odbudowywanie relacji po powrocie partnerki do zdrowia, a szczególnie trudne okazuje się obdarzenie jej zaufaniem w opiece nad dzieckiem (Boddy i in., 2016).

Niektórzy mężczyźni wskazują także na pozytywne zmiany będące konsekwencją psychozy poporodowej u kobiet. Ojcowie w badaniu Holforda i in. (2018) mówili o większej empatii i świadomości różnych kwestii w zakresie zdrowia psychicznego. W wielu diadach relacje uległy wzmocnieniu i wykazywały bardziej wspierający charakter, a partnerzy mieli więcej czasu na tworzenie więzi z dzieckiem i zmianę priorytetów w życiu prywatnym i zawodowym. Wyatt i in. (2015) ustalili natomiast, że ojcowie mówią o bardziej intensywnym doświadczeniu rodzicielstwa. W innym badaniu mężczyźni wiązali to doświadczenie z osobistym wzrostem (Boddy i in., 2016).

W literaturze można także znaleźć pojedyncze opisy przypadków psychozy poporodowej u ojców. Shahani (2012) przedstawił historię ojca, którego przyjęto na oddział psychiatryczny pięć dni po narodzinach syna. U mężczyzny zdiagnozowano ostry epizod maniakalny z objawami psychotycznymi. Bhaskara i Gopalakrishnan (2018) przedstawili podobną sylwetkę mężczyzny, u którego rozwinęła się psychoza po narodzinach pierwszego dziecka. Prezentował on szereg urojeń. Rozpoczęły się od przekonania, że niemowlę nie jest do niego podobne, a więc został zdradzony przez swoją partnerkę. Objawy ustąpiły po trzech tygodniach od rozpoczęcia leczenia.

PSYCHOZA POPORODOWA – PERSPEKTYWA DZIECKA

Do tej pory badacze poświęcili niewiele uwagi zależności między psychozą poporodową u matek a rozwojem ich dzieci. Hill i in. (2019) ustalili, że większość dzieci z analizowanych przez nich dwudziestu pięciu dobrze się czuła i prawidłowo się rozwijała. Biaggi i in. (2023) porównali natomiast rozwój dzieci matek, które znajdowały się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia objawów psychotycznych, i tych, u których taki poziom ryzyka nie występował. Okazało się, że dzieci z pierwszej grupy charakteryzowały się niższymi wynikami w odniesieniu do kompetencji poznawczych, językowych, motorycznych i społeczno-emojonalnych. U chłopców największe deficyty obserwowano w trzech pierwszych obszarach, a u dziewczynek – w czwartym.

WNIOSKI

Celem tego artykułu było omówienie depresji poporodowej i psychozy poporodowej z perspektywy matki, ojca i dziecka. Są to poważne zaburzenia zdrowia psychicznego, których mogą doświadczać kobiety po narodzinach dziecka. Chociaż ich objawy są zazwyczaj odmienne, to w podobny sposób są one związane z funkcjonowaniem matek. W przypadku zarówno depresji poporodowej, jak i psychozy poporodowej kobiety doświadczają całego spektrum emocji. Zwracają uwagę na negatywne zmiany w obrębie własnej tożsamości. Przyrównują się do innych matek i próbują sprostać wyidealizowanym standardom. Często nie szukają pomocy ze względu na obawę przed stygmatyzacją i utratą dziecka. Oba zaburzenia są także związane z nieprawidłowościami w kształtowaniu więzi matka–dziecko, a w skrajnym przypadku z zagrożeniem życia dziecka i matki. Kobiety mogą przejawiać myśli związane ze skrzywdzeniem dziecka lub myśli samobójcze, natomiast niechętnie się nimi dzielą. Badacze podkreślają natomiast, iż zarówno w odniesieniu do depresji poporodowej, jak i psychozy poporodowej kontakt z dzieckiem wydaje się istotny w procesie zdrowienia, chociaż częściej zwraca się na niego uwagę w przypadku drugiego zaburzenia.

Istnieją natomiast także pewne różnice w doświadczeniach kobiet z PPD i PPP. Kobiety z psychozą poporodową dostrzegają pozytywne wymiary swojej sytuacji, czego nie doświadczają zbyt często kobiety z depresją poporodową. Ponadto, chociaż w odniesieniu do obu zaburzeń zwraca się uwagę na zakłócenie procesu kształtowania więzi matka–dziecko, to w każdym przypadku ma ono inne podłoże. U kobiet z PPD szczególną rolę odgrywają negatywne przekonania i poczucie nieadekwatności, które rzadko występują u kobiet z PPP, co może być wynikiem ich osłabionych zdolności do introspekcji. Z kolei kobiety z psychozą poporodową, znajdując się w stanie psychotycznym, często przekierowują swoją uwagę od dziecka na inne, interesujące je obszary.

W badaniach nad depresją poporodową i psychozą poporodową coraz częściej uwzględnia się perspektywę ojców dzieci. Jest to o tyle istotne, że nie tylko odgrywają oni określone role w rodzinie, lecz także sami mogą doświadczać tych zaburzeń. W sytuacji gdy to partnerka została zdiagnozowana, mężczyźni często wskazują na szereg emocji, których doświadczają oraz brak odpowiedniego (przede wszystkim informacyjnego) wsparcia. Zwracają także uwagę na konieczność odgrywania wielu ról. Partnerzy kobiet z PPD i PPP w obu przypadkach podkreślają znaczenie początkowej trudności w zrozumieniu zachowania i objawów u partnerki. Odnoszą się także do zmian, jakie zachodzą w ich relacjach: przekształcają się z relacji partnerskiej w relację: opiekun–osoba potrzebująca opieki. Depresja poporodowa bądź psychoza poporodowa u matek ich dzieci jest dla nich często zjawiskiem traumatycznym. W literaturze naukowej coraz częściej opisuje się także występowanie depresji poporodowej u samych ojców, natomiast ze względu na ograniczenia

diagnostyczne jest ona trudna do rozpoznania. Twierdzi się, że jedną z jej podstawowych konsekwencji może być zaburzenie procesu kształtowania więzi z dzieckiem. Niektórzy badacze donoszą także o przypadkach psychozy poporodowej u ojców, natomiast temat ten wymaga znacznie większej liczby badań.

Warto także podkreślić znaczenie pewnych zjawisk, które występują zarówno u kobiet z depresją poporodową, jak i ich partnerów. Po pierwsze, wskazują oni na przeżywanie szeregu różnych emocji oraz doświadczanie różnych objawów somatycznych, takich jak zmęczenie. Szczególnie intensywne jest dla nich poczucie osamotnienia. Obie osoby w związku kładą nacisk na negatywne zmiany, jakie zaszły w ich relacji. Zwracają także uwagę na trudność w pogodzeniu wielu obowiązków związanych z pracą zawodową, domem i opieką nad dzieckiem. Mimo to stwarzają pozory, że dobrze sobie radzą, starają się ukryć swoją sytuację i nie szukają wsparcia. Na skutek swojej sytuacji mogą doświadczać myśli samobójczych lub dotyczących skrzywdzenia dziecka. Pewne podobieństwa występują także pomiędzy matkami z PPD i ojcami z PPD. W obu przypadkach jednostki doświadczają poczucia nieadekwatności. Mogą przejawiać negatywne emocje w stosunku do dziecka, natomiast niechętnie ujawniają innym swój stan psychiczny. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni z depresją poporodową mogą prezentować negatywny wzorzec interakcji z dzieckiem, który oddziałuje także na relację drugiego rodzica z dzieckiem.

Pewne podobieństwa można także wskazać między kobietami doświadczającymi psychozy poporodowej a ich partnerami. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety przeżywają bardzo wiele emocji. Czują się pomijani, bagatelizowani przez inne osoby. Często zwracają uwagę na poczucie bezradności. Oboje partnerzy zauważają natomiast pozytywne konsekwencje wynikające z aktualnej sytuacji, takie jak zwrócenie większej uwagi na zdrowie psychiczne. Pewne zjawiska są jednak odmienne u kobiet z psychozą poporodową i ich partnerów. Matki z PPP często rezygnują z szukania pomocy, podczas gdy mężczyźni deklarują, iż sami podejmują takie działania, kiedy odczuwają potrzebę uzyskania dla siebie wsparcia. Ponadto kobiety z psychozą poporodową i ich partnerzy mogą w różny sposób postrzegać rozłąkę ojca z dzieckiem. Kobiety prezentują poczucie winy związane z oddzieleniem swojego partnera od dziecka, gdy podczas koniecznej hospitalizacji dziecko przebywa razem z nimi w szpitalu. Niektórzy mężczyźni twierdzą natomiast, że ze względu na brak dotychczasowej możliwości nawiązania relacji z dzieckiem nie odczuwają rozłąki z nim jako bardzo trudnego doświadczenia.

Depresja poporodowa u matek jest związana z zaburzeniami rozwojowymi u niemowląt i starszych dzieci. W przeprowadzonych do tej pory badaniach ustalono, że istnieje zależność między występującymi u matki objawami a deficytami u dzieci w sferze rozwoju fizycznego, emocjonalno-społecznego, werbalnego, motorycznego i poznawczego oraz w obszarze funkcji behawioralnych. Chociaż wyniki prowadzonych analiz nie zawsze są spójne, to zasadne jest postawienie hipotezy, iż im silniejsze objawy PPD, tym większe obserwowane deficyty rozwojowe.

W odniesieniu do psychozy poporodowej przeprowadzono znacznie mniej badań, dlatego nie jest możliwe wyciągnięcie dużej liczby wniosków.

Większość badań w obszarze zaburzeń psychicznych okresu poporodowego jest prowadzona za pomocą metody wywiadu. Jest to ważny sposób pozyskiwania danych, obarczony jednak dużą subiektywnością. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza mając na uwadze, że do objawów zaburzeń poporodowych zalicza się zniekształcenia poznawcze. Inne badania mają charakter korelacyjny i są oparte na danych pochodzących z rejestrów medycznych. Takie wyniki nie mogą być podstawą do wyciągania wniosków przyczynowo-skutkowych. Wydaje się jednak, że ze względu na standardy etyczne nie jest możliwe przyjęcie innej metodologii badawczej. Zasadne jest natomiast stawianie kolejnych pytań badawczych. Jedno z nich brzmi: W jaki sposób zaburzenia psychiczne występujące u ojca po narodzinach dziecka są związane z funkcjonowaniem niemowlęcia i jego matki?

PODSUMOWANIE

Depresja poporodowa i psychoza poporodowa oddziałują na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego (matki, ojca i dziecka). Konieczne jest zatem zadbanie zarówno o powrót matki (i ojca) do zdrowia, jak i o bezpieczeństwo dziecka. Pracownicy służby zdrowia powinni być świadomi, że pacjentki mogą doświadczać myśli związanych ze skrzywdzeniem dziecka, ale ich nie ujawniać. Wydaje się, że badania przesiewowe przede wszystkim w odniesieniu do depresji poporodowej powinny stać się standardem w przypadku obojga rodziców.

Zaprezentowany artykuł ma swoje mocne strony. Należy zwrócić uwagę, że w szerokim stopniu zostały omówione oba zaburzenia. Podjęta problematyka została przedstawiona kompleksowo, a przyjęta struktura umożliwia analizę z kilku perspektyw (matki, ojca i dziecka). Odwołano się do licznych badań, zwracając uwagę na dominację badań jakościowych w tym obszarze. Równocześnie warto wskazać ograniczenia tego przeglądu. Po pierwsze, nie ma on charakteru przeglądu systematycznego, zatem istnieje możliwość pominięcia części dostępnych badań dotyczących analizowanych zagadnień. Po drugie, skupiono się przede wszystkim na wynikach i wnioskach z badań, a w mniejszym stopniu na ich metodologicznej poprawności. W związku z tym prezentowane dane mogą mieć różną wartość.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams L.S., Curran L. (2011). Maternal identity negotiations among low-income women with symptoms of postpartum depression. *Qualitative Health Research*, 21(3), 373–385.
- Alshikh Ahmad H., Alkhatib A., Luo J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04016-9>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ansari N.S., Shah J., Dennis C.L., Shah P.S. (2021). Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1186–1199. <https://doi.org/10.1111/aogs.14109>
- Aoyagi S.S., Tsuchiya K.J. (2019). Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(9), 1809–1820. <https://doi.org/10.1111/jog.14064>
- Arampatzi C., Spyropoulou A., Antoniou E., Orovou E., Michailidou E.M., Eskitzis P. (2022). The effect of postpartum psychosis on partner's and infant's life. *World Journal of Advanced Research & Reviews*, 15(1), 122–127. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2022.15.1.0676>
- Asper M.M., Hallén N., Lindberg L., Månsdotter A., Carlberg M., Wells M.B. (2018). Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 241, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.044>
- Badr L.K., Ayvazian N., Lameh S., Charafeddine L. (2018). Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behavior and Development*, 51, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.003>
- Baldaçara L., Leite V.D.S., Teles A.L.S., Silva A.G.D. (2023). Puerperal psychosis: An update. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69, e2023S125. <https://doi.org/10.1590/18069282.2023S125>
- Barr J.A., Beck C.T. (2008). Infanticide secrets: Qualitative study on postpartum depression. *Canadian Family Physician*, 54(12), 1716–1717.
- Beestin L., Hugh-Jones S., Gough B. (2014). The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, 29(6), 717–735. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.885523>
- Bhaskara A., Gopalakrishnan V. (2018). A case of postpartum psychosis in male. *The Journal of Medical Sciences*, 4(4), 107–108. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10045-0098>
- Biaggi A., Hazelgrove K., Waites F., Bind R.H., Lawrence A.J., Fuste M., Conroy S., Howard M., Mehta M.A., Miele M., Seneviratne G., Pawlby S., Pariante C.M., Dazzan P. (2023). Mother-infant interaction and infant development in women at risk of postpartum psychosis with and without a postpartum relapse. *Psychological Medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002568>
- Biaggi A., Hazelgrove K., Waites F., Fuste M., Conroy S., Howard L.M., Mehta M.A., Miele M., Seneviratne G., Pawlby S., Pariante C.M., Dazzan P. (2021). Maternal perceived bonding towards the infant and parenting stress in women at risk of postpartum psychosis with and without a postpartum relapse. *Journal of Affective Disorders*, 294, 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.076>
- Boddy R., Gordon C., MacCallum F., McGuinness M. (2016). Men's experiences of having a partner who requires mother and baby unit admission for first episode postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 399–409. <https://doi.org/10.1111/jan.13110>
- Bręborowicz G. (red.). (2020). *Położnictwo* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brockington I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: A review. *World Psychiatry*, 3(2), 89–95.
- Brockington I.F., Oates J., George S., Turner D., Vostanis P., Sullivan M., Loh C., Murdoch C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133–140. <https://doi.org/10.1007/s007370170010>
- Carro M.G., Grant K.E., Gotlib I.H., Compas B.E. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 567–579.

- Chandra P.S., Venkatasubramanian G., Thomas T. (2002). Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 190(7), 457–461. <https://doi.org/10.1097/00005053-200207000-00006>
- Chaudron L.H., Klein M.H., Remington P., Palta M., Allen C., Essex M.J. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 103–112. <https://doi.org/10.3109/01674820109049960>
- Chen M.H., Pan T.L., Bai Y.M., Huang K.L., Tsai S.J., Su T.P., Chen T.J., Hsu J.W. (2021). Postpartum depression and psychosis and subsequent severe mental illnesses in mothers and neurodevelopmental disorders in children: A nationwide study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4), 35520. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13735>
- Cho H., Jeong I.S. (2021). The relationship between mother-infant contact time and changes in postpartum depression and mother-infant attachment among mothers staying at postpartum care centers: An observational study. *Nursing & Health Sciences*, 23(2), 547–555. <https://doi.org/10.1111/nhs.12847>
- Cooijmans K.H., Beijers R., Brett B.E., de Weerth C. (2022). Daily mother infant skin-to-skin contact and maternal mental health and postpartum healing: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 12(1), 10225. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14148-3>
- Cornish A.M., McMahon C.A., Ungerer J.A., Barnett B., Kowalenko N., Tennant C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 407–417. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.03.004>
- Da Costa D., Danieli C., Abrahamowicz M., Dasgupta K., Sewitch M., Lowensteyn I., Zolkowitz P. (2019). A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *Journal of Affective Disorders*, 249, 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.033>
- Dias C.C., Figueiredo B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- Doucet S., Letourneau N. (2009). Coping and suicidal ideations in women with symptoms of postpartum depression. *Clinical Medicine. Reproductive Health*, 3, CMRH-S3801. <https://doi.org/10.4137/CMRH.S3801>
- Doucet S., Letourneau N., Blackmore E.R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(2), 236–245. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01329.x>
- Doucet S., Dennis C.L., Letourneau N., Blackmore E.R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(3), 269–279. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01019.x>
- Dutsch-Wicherek M., Lewandowska A., Gorzelnik K., Lew-Starowicz M. (2020). Zdrowie psychiczne kobiet w ciąży i w okresie okołoporodowym. W: G.H. Bręborowicz, K. Czajkowski (red.), *Położnictwo* (s. 438–453). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Eddy B., Poll V., Whiting J.B., Clevesy M.A. (2019). Forgotten fathers: postpartum depression in men. *Journal of Family Issues*, 40(8), <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X19833111>
- Edhborg M., Friberg M., Lundh W., Widström A.M. (2005). „Struggling with life”: Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 261–267. <https://doi.org/10.1080/14034940510005725>
- Edhborg M., Lundh W., Seimyr L., Widström A.M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 211–216. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0020-x>
- Edward K.L., Castle D., Mills C., Davis L., Casey J. (2015). An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1), 26–34. <https://doi.org/10.1177/1557988314526614>

- Engqvist I., Ferszt G., Åhlin A., Nilsson K. (2011). Women's experience of postpartum psychotic episodes – Analyses of narratives from the Internet. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 376–387. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.12.003>
- Faisal-Cury A., Tabb K.M., Ziebold C., Matijasevich A. (2021). The impact of postpartum depression and bonding impairment on child development at 12 to 15 months after delivery. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100125. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100125>
- Faisal-Cury A., Bertazzi Levy R., Kontos A., Tabb K.M., Matijasevich A. (2020). Postpartum bonding at the beginning of the second year of child's life: The role of postpartum depression and early bonding impairment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(3), 224–230. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1653846>
- Fentz H.N.R., Simonsen M., Trillingsgaard T. (2019). General, interpersonal, and gender role specific risk factors of postpartum depressive symptoms in fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(7), 545–567. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.7.545>
- Field T.M., Hossain Z., Malphurs J. (1999). „Depressed” fathers' interactions with their infants. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 20(3), 322–332. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199923\)20:3<322::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199923)20:3<322::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-T)
- Figueiredo B., Canário C., Field T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927–936. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001530>
- Forde R., Peters S., Wittkowski A. (2020). Recovery from postpartum psychosis: A systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 597–612. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01025-z>
- Friedman S.H., Reed E., Ross N.E. (2023). Postpartum psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 25(2), 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>
- Galler J.R., Harrison R.H., Ramsey F., Forde V., Butler S.C. (2000). Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *The Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41(6), 747–757. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00662>
- Galecki P., Szulc A. (2023). *Psychiatria: Rozpoznanie według ICD-11* (t. 2). Edra Urban & Partner.
- Gelabert E., Gutierrez-Zotes A., Navinés R., Labad J., Puyané M., Donadon M.F., Martin-Santos R. (2020). The role of personality dimensions, depressive symptoms and other psychosocial variables in predicting postpartum suicidal ideation: A cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 585–593. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01007-w>
- Gilden J., Molenaar N.M., Smit A.K., Hoogendijk W.J., Rommel A.S., Kamperman A.M., Bergink V. (2020a). Mother-to-infant bonding in women with postpartum psychosis and severe postpartum depression: A clinical cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2291. <https://doi.org/10.3390/jcm9072291>
- Gilden J., Kamperman A.M., Munk-Olsen T., Hoogendijk W.J., Kushner S.A., Bergink V. (2020b). Long-term outcomes of postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(2), 10750. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r12906>
- Goodman J.H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father–infant interaction. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(6), 624–643. <https://doi.org/10.1002/imhj.20199>
- Havighurst R. (1981). *Developmental Tasks and education*. Longmans.
- Hazelgrove K., Biaggi A., Waites F., Fuste M., Osborne S., Conroy S., Howard L.M., Mehta M.A., Miele M., Nikkheslat N., Seneviratne G., Zunszain P.A., Pawlby S., Pariante C.M., Dazzan P. (2021). Risk factors for postpartum relapse in women at risk of postpartum psychosis: The role of psychosocial stress and the biological stress system. *Psychoneuroendocrinology*, 128, 105218. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105218>

- Heron J., Haque S., Oyeboode F., Craddock N., Jones I. (2009). A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar Disorders*, 11(4), 410–417. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00685.x>
- Hill R., Law D., Yelland C., Sved Williams A. (2019). Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit: Do both mother and baby benefit? *Australasian Psychiatry*, 27(2), 121–124. <https://doi.org/10.1177/1039856218822743>
- Holford N., Channon S., Heron J., Jones I. (2018). The impact of postpartum psychosis on partners. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2055-z>
- Holopainen A., Hakulinen T. (2019). New parents' experiences of postpartum depression: A systematic review of qualitative evidence. *JBIS Evidence Synthesis*, 17(9), 1731–1769. <https://doi.org/10.1112/JBISIR-2017-003909>
- Hornstein C., Trautmann-Villalba P., Hohm E., Rave E., Wortmann-Fleischer S., Schwarz M. (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Archives of Women's Mental Health*, 9, 279–284. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0148-6>
- Horowitz J.A., Goodman J.H. (2005). Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 264–273. <https://doi.org/10.1177/0884217505274583>
- Howarth A.M., Swain N.R. (2020). Predictors of postpartum depression in first time fathers. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 552–554. <https://doi.org/10.1177/1039856220924324>
- Ierardi J.A., Fantasia H.C., Mawn B., Watson Driscoll J. (2019). The experience of men whose partners have postpartum depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), 434–444. <https://doi.org/10.1177/1078390319849102>
- Johnson S., Adam S., McIntosh M. (2020). The lived experience of postpartum depression: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(7), 584–591. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1688437>
- Jones I. (2020). Postpartum psychosis: An important clue to the etiology of mental illness. *World Psychiatry*, 19(3), 334–336. <https://doi.org/10.1002/wps.20780>
- Kamperman A.M., Veldman-Hoek M.J., Wesseloo R., Robertson Blackmore E., Bergink V. (2017). Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disorders*, 19(6), 450–457. <https://doi.org/10.1111/bdi.12523>
- Kasamatsu H., Tsuchida A., Matsumura K., Shimao M., Hamazaki K., Inadera H. (2020). Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: Results from the Japan Environment and Children's study (JECS). *Psychological Medicine*, 50(1), 161–169. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002101>
- Kerstis B., Aarts C., Tillman C., Persson H., Engström G., Edlund B., Öhrvik J., Sylén S., Skalkidou A. (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 87–94. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0522-3>
- Kim P., Swain J.E. (2007). Sad dads: Paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(2), 35.
- Knudson-Martin C., Silverstein R. (2009). Suffering in silence: A qualitative meta data-analysis of postpartum depression. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(2), 145–158. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00112.x>
- Koch S., De Pascalis L., Vivian F., Meurer Renner A., Murray L., Arteché A. (2019). Effects of male postpartum depression on father-infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Mental Health Journal*, 40(2), 263–276. <https://doi.org/10.1002/imhj.21769>
- Korkmaz H., Erkek Z.Y. (2021). Effect of postpartum depression in mothers with 0–1-year-old infants on father-infant attachment. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 7(1), 24–31. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.820538>

- Kossakowska K. (2019). Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 39(3), 134–151.
- Leśniewska M., Budzyńska J., Koziol I., Milanowska J. (2021). Depresja poporodowa u mężczyzn – rzadko rozumiany częsty problem. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(3), 248–251. <https://doi.org/10.26444/monz/138621>
- Letourneau N., Duffett-Leger L., Dennis C.L., Stewart M., Tryphonopoulos P.D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: A pilot study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(1), 41–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x>
- Liu X., Wang S., Wang G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Lubotzky-Gete S., Ornoy A., Grotto I., Calderon-Margalit R. (2021). Postpartum depression and infant development up to 24 months: A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 285, 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.042>
- Lucci T.K., Otta E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30, 7–17. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100002>
- Lutkiewicz K., Bieleninik Ł., Cieślak M., Bidzan M. (2020). Maternal-infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a Polish sample. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 17(15), 5427. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>
- Lyons T., Hennessey T., Noonan M. (2023). A systematic review of qualitative evidence: Perspectives of fathers whose partner experienced postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15832>
- Makara-Studzińska M. (2008). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Małus A., Szyluk J., Galińska-Skok B., Konarzewska B. (2016). Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1135–1146.
- Mäntymaa M., Puura K., Luoma I., Kaukonen P., Salmelin R.K., Tamminen T. (2008). Infants' social withdrawal and parents' mental health. *Infant Behavior & Development*, 31(4), 606–613. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.07.005>
- Matecka M., Wycisk J. (2003). Dysocjacja: różnorodność kontekstów i znaczeń. *Czasopismo Psychologiczne*, 9(2), 199–205.
- Matthey S., Guedeney A., Starakis N., Barnett B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26, 442–458. <https://doi.org/10.1002/imhj.20061>
- Maxwell D., Robinson S.R., Rogers K. (2019). „I keep it to myself”: A qualitative meta-interpretive synthesis of experiences of postpartum depression among marginalized women. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), e23–e36. <https://doi.org/10.1111/hsc.12645>
- Meighan M., Davis M.W., Thomas S.P., Droppleman P.G. (1999). Living with postpartum depression: The father's experience. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24(4), 202–208. <https://doi.org/10.1097/00005721-199907000-00009>
- Mollard E.K. (2014). A qualitative meta-synthesis and theory of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 656–663. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.893044>
- Moya E., Mzembe G., Mwambinga M., Truwah Z., Harding R., Ataide R., Larson L.M., Fisher J., Braat S., Pasricha S.R., Mwangi M.N., Phiri K.S. (2023). Prevalence of early postpartum depression and associated risk factors among selected women in southern Malawi: A nested observational study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05501-z>

- Nishigori H., Obara T., Nishigori T., Metoki H., Mizuno S., Ishikuro M., Sakurai K., Hamada H., Watanabe Z., Hoshiai T., Arima T., Nakai K., Kuriyama S., Yaegashi N., Miyagi Regional Center of Japan Environment & Children's Study Group (2020). The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum: An adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(16), 2797–2804. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1560415>
- Nguyen K., Mukona L.T., Nalbandyan L., Yar N., Fleur G.S., Mukona L., Hernandez E., Lamberty N.L. (2022). Peripartum complications as risk factors for postpartum psychosis: A systemic review. *Cureus*, 14(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.29224>
- Noorlander Y., Bergink V., van den Berg M.P. (2008). Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 49–56. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0217-0>
- Paris R., Bolton R.E., Weinberg M.K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 309–321. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0105-2>
- Payne J.L., Maguire J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Pedersen S.C., Maindal H.T., Ryom K. (2021). „I wanted to be there as a father, but I couldn't”: A qualitative study of fathers' experiences of postpartum depression and their help-seeking behavior. *American Journal of Men's Health*, 15(3). <https://doi.org/10.1177/155798832111024375>
- Plunkett C., Peters S., Wieck A., Wittkowski A. (2017). A qualitative investigation in the role of the baby in recovery from postpartum psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1099–1108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2074>
- Practorius R., Maxwell D., Alam K. (2020). Wearing a happy mask: Mother's expressions of suicidality with postpartum depression. *Social Work in Mental Health*, 18(4), 429–459. <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1769003>
- Righetti-Veltima M., Conne-Perréard E., Bousquet A., Manzano J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291–306. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00367-6)
- Santos I.S., Blumenberg C., Munhoz T.N., Matijasevich A., Salum C., Santos Júnior H.G., Marques dos Santos L., Correia L.L., Rovey de Souza M., Lira P.I.C., Bortolotto C.C., Barcelos R., Altafim E., Fragata Chicaro M., Correa Macana E., da Silva R.S. (2023). Maternal depression and child development at 3 years of age: A longitudinal study in a Brazilian child development promotion program. *Pediatric Research*, 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02876-9>
- Santos Jr H.P.O., Sandelowski M., Gualda D.M.R. (2014). Bad thoughts: Brazilian women's responses to mothering while experiencing postnatal depression. *Midwifery*, 30(6), 788–794. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.004>
- Scarff J.R. (2019). Postpartum depression in men. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 16(5–6), 11–14.
- Shahani L. (2012). A father with postpartum psychosis. *Case Reports*, 2012, bcr1120115176. <https://doi.org/10.1136/bcr.11.2011.5176>
- Sharma V., Burt V.K. (2011). DSM-V: Modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 67–69. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0182-2>
- Shorey S., Chee C.Y.I., Ng E.D., Chan Y.H., San Tam W.W., Chong Y.S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

- Sit D., Rothschild A.J., Wisner K.L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352–368. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352>
- Sit D., Luther J., Buysse D., Dills J.L., Eng H., Okun M., Wisniewski S., Wisner K.L. (2015). Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 66, 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.021>
- Slomian J., Honvo G., Emons P., Reginster J.Y., Bruyère O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith-Nielsen J., Tharner A., Krogh M.T., Væver M.S. (2016). Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 571–583. <https://doi.org/10.1111/sjop.12321>
- Smith-Nielsen J., Lange T., Wendelboe K.L., von Wöern R.K., Væver M.S. (2019). Associations between maternal postpartum depression, infant social behavior with a stranger, and infant cognitive development. *Infancy*, 24(4), 663–670. <https://doi.org/10.1111/inf.12287>
- Smorti M., Ponti L., Pancetti F. (2019). A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: The role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Frontiers in Public Health*, 7, 295. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295>
- Studniczek A., Borowska-Turyn A., Ładański K. (2018). Znaczenie odporności psychicznej oraz karmienia piersią w depresji poporodowej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 35(3), 233–249.
- Tanganhito D.D.S., Bick D., Chang Y.S. (2020). Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women & Birth*, 33(3), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.012>
- Upadhyaya S.K., Sharma A., Raval C.M. (2014). Postpartum psychosis: Risk factors identification. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(6), 274–277. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.134373>
- Væver M.S., Pedersen I.E., Smith-Nielsen J., Tharner A. (2020). Maternal postpartum depression is a risk factor for infant emotional variability at 4 months. *Infant Mental Health Journal*, 41(4), 477–494. <https://doi.org/10.1002/imhj.21846>
- Valdimarsdóttir U., Hultman C.M., Harlow B., Cnattingius S., Sparén P. (2009). Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: A population-based study. *PLoS Medicine*, 6(2), e1000013. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000013>
- Wang Z., Liu J., Shuai H., Cai Z., Fu X., Liu Y., Xiao X., Zhang W., Krabbendam E., Liu S., Liu Z., Li Z., Yang B.X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- Watkins S., Meltzer-Brody S., Zolnoun D., Stuebe A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2 Part 1), 214–221. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182260a2d>
- Wells M.B., Jeon L. (2023). Paternal postpartum depression, coparenting, and father-infant bonding: Testing two mediated models using structural equation modeling. *Journal of Affective Disorders*, 325, 437–443. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.163>
- Wicks S., Tickle A., Dale-Hewitt V. (2019). A meta-synthesis exploring the experience of postpartum psychosis. *Journal for Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 34(1), 3–35.
- Wisner K.L., Peindl K., Hanusa B.H. (1994). Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of Affective Disorders*, 30(2), 77–87. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)90034-5](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)90034-5)
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Disorders*. World Health Organization.

- Wyatt C., Murray C., Davies J., Jomeen J. (2015). Postpartum psychosis and relationships: Their mutual influence from the perspective of women and significant others. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33(4), 426–442. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1027181>
- Xia M., Luo J., Wang J., Liang Y. (2022). Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 512–519. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.091>
- Zhao X.H., Zhang Z.H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>