

Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym pociu – doniesienie wstępne

The level of anxiety and depression in the early puerperium – preliminary communication

Ewa Mojs¹, Marta Czarnecka-Iwańczuk^{1, 2}, Maria Danuta Głowacka¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M.D. Głowacka

² Zespół Psychologów Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu
Dyrektor szpitala: prof. dr hab. T. Opala

Summary

Introduction. Childbirth is both joyful and stressful life event. This stressful life event results in different emotions occurring with different strength among new mothers, one of them is postpartum depression. However, postnatal depression received the predominance of research attention in recent years, and several authors have pointed attention to the importance of distinguishing between postpartum depression and postpartum anxiety.

Aim. The primary purpose of the presented research was to assess the level of anxiety and depression among women who were hospitalised after delivery. The second purpose was to determine if some additional factors influence the level of anxiety and depression.

Material. The study was conducted on the sample of 46 women who had delivered infants in the Gynecology – Obstetrics Clinical Hospital UM in Poznań, Poland in 2010.

Method. Polish adaptations of standard questionnaires were used to measure variables such as anxiety (STAI), depression (BDI), styles of coping (CISS) and temperament (PTS). Additional data were collected using a questionnaire developed by the authors.

Results. Statistical analysis assessed the level and frequency of anxiety (as a state and as a trait) and depression and associations between these factors as well as associations with additional variables (including: mode of delivery, styles of coping with stress and temperament).

Conclusions. The score in BDI in mothers after delivery was associated positively with emotion – oriented style of coping and anxiety as a state and as a trait and negatively with strength of inhibition processes. Anxiety as a trait was positively related to c-section.

Słowa klucze: pociu, depresja, lęk

Key words: puerperium, depression, anxiety

Wstęp

Pomimo tego, że zostanie matką jest postrzegane jako pozytywne i radosne wydarzenie, ten okres przejścia do macierzyństwa wiąże się z wieloma gwałtownymi

zmianami i dlatego uznawany jest za stresujące wydarzenie życiowe [1, 2]. Wiąże się ono z różnymi emocjami pojawiającymi się u młodych matek z różną siłą. Depresja poporodowa jest – obok psychozy poporodowej i tak zwanego „baby bluesa” – jednym z trzech zaburzeń psychicznych, których mogą doświadczać kobiety w okresie połogu. Wymienione zaburzenia pojawiają się z różną częstością. Psychoza poporodowa występuje niezwykle rzadko (0,1–0,2%), „baby blues” jest rozpoznawany z dużą częstością (25–85%), a występowanie depresji poporodowej szacuje się na 10–30% w populacji matek [3–7]. Zaburzenia te różnią się nasileniem symptomów, pojawianiem się dodatkowych objawów (takich jak urojenia i omamy w psychozie poporodowej) i czasem występowania oraz utrzymywaniem się objawów (na przykład „baby blues” powinien minąć do 10 dób po porodzie). Zgodnie z kryteriami DSM-IV depresja poporodowa może być zdiagnozowana, jeśli objawy utrzymują się przez większość dnia przez dwa tygodnie i występują w ciągu miesiąca od porodu [5].

Jakkolwiek depresja poporodowa dominuje wśród badań w ostatnich latach [8], niektórzy autorzy uznają za istotne, aby różnicować depresję poporodową od poporodowego lęku [9–11]. Powszechnie wiadomo, że depresja i lęk współwystępują ze sobą, ale część badań dowiodła, że nie wszystkie matki z lękiem miały depresję [9], a także że oba te zaburzenia – depresja i lęk – wymagają innego i specyficznego leczenia [12]. Zasugerowano także, że lęk może być prekursorem depresji jako rezultat zmienionych ścieżek psychologicznych albo jako forma konsekwencji braku radzenia sobie ze stresem [11].

Depresja poporodowa może skutkować u matki problemami w obszarze społecznym lub relacyjnym nawet po wyzdrowieniu [13, 14]. Co więcej, jest związana z większą liczbą chorób somatycznych, antyzdrowotnymi zachowaniami, takimi jak palenie tytoniu i uzależnienie od alkoholu [15–17]. Niektóre z badań ustaliły negatywny wpływ depresji poporodowej na problemy temperamentalne u niemowlęcia, słabą samoregulację i problemy behawioralne [18]. Z tego powodu matczyzna depresja, która zaburza relację pomiędzy matką a dzieckiem, wiąże się z większym ryzykiem gorszego rozwoju u niemowlęcia i dziecka [19].

Cel

Celem prezentowanych badań było określenie poziomu lęku i depresji u pacjentek hospitalizowanych po porodzie, a ponadto określenie, czy dodatkowe, głównie psychologiczne czynniki mają wpływ na poziom lęku i depresji w badanej populacji kobiet.

Material

Badania przeprowadzono na próbie 46 kobiet, które urodziły dzieci w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w 2010 roku. Pacjentki rekrutowano z oddziałów położniczych podczas ich hospitalizacji po porodzie. Wszystkie pacjentki poinformowano o celu badania, ich udział w badaniu warunkowany był wyrażeniem przez nie zgody na uczestnictwo.

Metoda

W badaniu wykorzystano wystandaryzowane kwestionariusze w polskich adaptacjach do pomiaru takich zmiennych jak lęk, depresja, styl radzenia sobie ze stresem, temperament. W celu pomiaru dodatkowych zmiennych wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji.

Do diagnozy lęku wykorzystano kwestionariusz Spielbergera badający lęk jako stan i lęk jako cechę (STAI) [20]. Depresję zmierzono przy użyciu Skali Depresji Becka (BDI) [21]. Co więcej, użyto dwóch dodatkowych narzędzi: Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych Endlera i Parkera (CISS) [22] oraz Kwestionariusza Temperamentu (PTS) [23]. W celu pomiaru zmiennych socjodemograficznych i położniczych, takich jak wiek, wykształcenie, status społeczny, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania, tydzień rozwiązania ciąży, liczba ciąż i porodów, uczestnictwo w szkole rodzenia, typ porodu, masa urodzeniowa dziecka i wynik w skali Apgar, wykorzystano ankietę własnej konstrukcji.

Wyniki

Badania przeprowadzono na próbie 46 położnic. Ich wiek wahał się pomiędzy 23 a 37 r.ż. (wynik średni – 30 lat). Większość kobiet (69,6%) miała wyższe wykształcenie. 67,4% matek oceniło swoją sytuację finansową jako „dobrą”. 82,6% było aktywnych zawodowo, 80% mieszkało z rodziną. 82,6% pacjentek nie uczestniczyło w trakcie ciąży w zajęciach szkoły rodzenia. 58,7% odbyło poród fizjologiczny, 30,4% miało cesarskie cięcie, 4,2% urodziło przy pomocy vacum. Trzy pacjentki nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Podstawowe dane położnicze dotyczące badanej populacji kobiet zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Statystyka opisowa zmiennych położniczych w analizowanej grupie kobiet

Zmienna	N	Min.	Maks.	Av.	St. dev.
Tydzień rozwiązania ciąży	43	28	42	38,77	2,428
Liczba ciąż	41	1	5	1,93	0,877
Liczba porodów	43	1	3	1,70	0,674
Masa urodzeniowa dziecka	43	1290	4460	3425,16	656,037
Apgar	42	6	10	9,62	0,854

Dalsza analiza statystyczna dotyczyła zmiennych psychologicznych, takich jak lęk jako stan i jako cecha, depresja, style radzenia sobie ze stresem i temperament. Statystykę opisową wymienionych zmiennych zawiera tabela 2 – *na następnej stronie*.

Wykorzystując Skalę Depresji Becka dokonano pomiaru poziomu objawów depresyjnych w badanej grupie kobiet po porodzie. Uzyskane rezultaty podzielono na trzy grupy: wynik wysoki, średni i niski w skali BDI. 54% kobiet miało wynik niski, 18% wynik średni, a tylko 4% miało wynik wysoki. Należy przy tym dodać, że niestety

24% położnic nie wypełniło do końca kwestionariusza BDI, więc nie poddano ich wyników analizie statystycznej.

Tabela 2. Statystyka opisowa zmiennych psychologicznych w analizowanej grupie położnic

Skala	Zmienna	N	Min.	Maks.	Av.	St. dev.
STAI	Lęk jako stan	40	24,00	61,00	41,1500	7,94387
	Lęk jako cecha	37	21,00	62,00	39,8378	9,11809
BDI	Depresja	35	0,00	22,00	6,4000	5,61091
CISS	Styl skoncentrowany na zadaniu	31	0,00	76,00	51,9355	18,19695
	Styl skoncentrowany na emocjach	29	2,00	53,00	37,9310	11,04190
	Styl skoncentrowany na unikaniu	30	5,00	64,00	42,5667	12,57716
	Angażowanie w czynności zastępcze	28	9,00	32,00	18,9643	5,58757
	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	30	3,00	25,00	17,1000	5,17521
PTS	Siła procesów pobudzenia	28	3,00	60,00	43,0357	14,07778
	Siła procesów hamowania	28	3,00	59,00	46,2143	15,02678
	Ruchliwość procesów nerwowych	27	6,00	66,00	49,5556	13,23263

Dzięki analizie wyników badań, która pozwoliła na pomiar częstości lęku (jako stanu i jako cechy) oraz depresji, sprawdzono zależności pomiędzy wynikiem w skali Becka i skali STAI, a także zmiennymi takimi jak: typ porodu, styl radzenia sobie ze stresem i temperament.

Pierwsza hipoteza dotyczyła związku między lękiem a typem porodu. Kobiety z wyższym poziomem lęku jako stanu i jako cechy częściej mogły mieć rozwiązanie poprzez cięcie cesarskie. Używając analizy wariancji, odkryto istotność statystyczną pomiędzy kobietami, które rodziły fizjologicznie i cięciem cesarskim a poziomem lęku jako cechy ($F(1,35) = 4,22$; $p < 0,05$). Kobiety, które miały cięcie cesarskie, uzyskiwały wyższe wyniki w skali lęku jako cechy. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku pomiędzy zmienną, jaką był typ porodu, a wynikiem w skali lęku jako stanu ($F(2,36) = 1,42$; $p = 0,255$).

Druuga hipoteza dotyczyła związku pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem a symptomami depresji. Matki ze stylem skoncentrowanym na emocjach mogły mieć po porodzie wyższe wyniki w Skali Depresji Becka. Natomiast kobiety ze stylem skoncentrowanym na zadaniu powinny mieć niższe wyniki w tej skali. Otrzymano istotny statystycznie związek pomiędzy wynikiem w BDI a stylem skoncentrowanym na emocjach. Im wyższy był wynik w zakresie tego stylu radzenia sobie ze stresem, tym wyższy rezultat w Skali Depresji ($R^2 = 25\%$) (tabela 3 – na następnej stronie). Aby potwierdzić ten wynik, w analizie wariancji porównano średnie wyniki kobiet z różnych grup w zakresie otrzymanego wyniku w skali BDI, odkryto, że różnica ta dotyczy kobiet z dwóch grup – z niskim i wysokim wynikiem (Dunett's post hoc $p < 0,05$).

Trzecia hipoteza dotyczyła związku między temperamentem a wynikiem w skali Becka. Zakładano, że kobiety z niską siłą procesów pobudzenia (SPP) będą częściej

miały wyższe wyniki w skali BDI, a matki z wysokimi wynikami w tej skali nie będą doświadczać tych objawów po porodzie. Wykorzystując korelację Pearsona (tabela 4), zauważono, że tylko siła procesów hamowania wiąże się z wynikiem w skali Becka (dla porównań międzygrupowych: $F(2,20) = 3,54$; $p < 0,05$).

Tabela 3. Korelacja Pearsona dla depresji i stylów radzenia sobie ze stresem

Styl radzenia sobie ze stresem (N = 27)	Korelacja Pearsona	Istotność (dwustronna)
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,064	0,751
Styl skoncentrowany na emocjach	0,507*	0,007
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,103	0,610
Angażowanie w czynności zastępcze	0,201	0,314
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,064	0,750

*Istotność na poziomie $p \leq 0,05$

Tabela 4. Korelacja Pearsona dla depresji i temperamentu

Temperament (N = 23)	Korelacja Pearsona	Istotność (dwustronna)
Siła procesów pobudzenia (SPP)	-0,290	0,179
Siła procesów hamowania (SPH)	-0,523*	0,011
Ruchliwość procesów nerwowych (RPP)	-0,019	0,932

*Istotność na poziomie $p \leq 0,05$

Czwarta hipoteza związana była ze związkiem pomiędzy lękiem a temperamentem. Uznano, że położnice z niską siłą procesów pobudzenia będą miały wysoki poziom lęku jako stanu i jako cechy. Co więcej, kobiety z wysoką siłą procesów pobudzenia będą miały niższy poziom lęku jako stanu i jako cechy. Jedyną znaczącą zależnością był negatywny związek między siłą procesów hamowania a lękiem jako cechą. Im wyższy wynik w zakresie siły procesów hamowania uzyskiwały osoby badane, tym miały niższy wynik w skali lęku jako cechy (tabela 5).

Tabela 5. Korelacja Pearsona dla lęku i temperamentu

Temperament	Lęk jako cecha (N = 21)		Lęk jako stan (N = 22)	
	Korelacja Pearsona	Istotność (dwustronna)	Korelacja Pearsona	Istotność (dwustronna)
Siła procesów pobudzenia (SPP)	-0,415	0,061	-0,348	0,112
Siła procesów hamowania (SPH)	-0,545*	0,011*	-0,269	0,180
Ruchliwość procesów nerwowych (RPP)	-0,208	0,364	-0,303	0,170

* Istotność na poziomie $p \leq 0,0$

Ostatnia hipoteza dotyczyła związku między poziomem lęku a wynikiem w BDI. Zakładano, że kobiety z wysokim poziomem lęku zarówno jako cechy, jak i jako stanu będą miały wyższy wynik w Skali Depresji. W obu przypadkach lęku otrzymano

zależność na poziomie istotnym statystycznie. Im wyższy był wynik w skali lęku (jako stanu i jako cechy), tym wyższy był wynik w Skali Depresji Becka (tabela 6).

Tabela 6. Korelacja Pearsona dla lęku i depresji

Typ lęku	Współczynnik korelacji Pearsona	Istotność (dwustronna)
Lęk jako cecha (N = 28)	0,670*	< 0,001
Lęk jako stan (N = 30)	0,523*	0,003

*Istotność na poziomie $p \leq 0,05$

Należy pamiętać jednak, że jedynie dwie kobiety z badanej grupy miały wysoki wynik w BDI, a pięć miało wynik niski, reszta kobiet uzyskała wynik średni. Niemniej jednak różnica pomiędzy dwiema grupami była istotna, zarówno dla lęku jako cechy ($F(2,25) = 8,07$; $p < 0,01$), jak i lęku jako stanu ($F(2,27) = 3,40$; $p < 0,05$).

Dyskusja

Badaniem objęto grupę 46 położnic, w której 22% uzyskało średni lub wysoki wynik w Skali Depresji Becka. Uzyskany wynik jest zgodny z większością doniesień w literaturze przedmiotu [3–6, 24]. Co więcej, w badaniach zaobserwowano, że kobiety z wyższym wynikiem w skali lęku jako cechy częściej miały cięcie cesarskie niż poród siłami natury. Jest to wynik tożsamy z badaniami, w których odkryto, że kobiety ciężarne z problemami emocjonalnymi, takimi jak zaburzenia lękowe, strach czy tokofobia, wolą rodzić przez cięcie cesarskie niż fizjologicznie [25–27]. W obu przypadkach – lęku jako cechy i jako stanu – odkryto jego pozytywny związek z wynikiem w Skali Depresji. Te wyniki są częściowo różne od badań, w których odróżnia się depresję od lęku, jako że część kobiet z depresją nie manifestowała lęku i odwrotnie [28]. Ponadto w opisywanych badaniach styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach wpływał na wynik w BDI. Styl ten jest bardziej efektywny niż ten zorientowany na zadaniu wówczas, kiedy problem i jego rozwiązanie leżą poza kontrolą i wpływem podmiotu. Jednakże, kiedy jest używany permanentnie, może prowadzić do depresji [22]. Ostatnia obserwacja dotyczyła temperamentu. Im wyższy wynik w zakresie siły procesów hamowania, tym kobiety uzyskiwały niższy rezultat w skali BDI i STAI. Oznacza to, że kobiety z wysokim SPH potrafią lepiej odraczać pobudzenie, aby reagować adekwatnie na działający bodziec, a zatem są też mniej pobudzone i przeciążone przez bodźce [23].

Depresja poporodowa jest uznawana za najczęstsze powikłanie po porodzie [29]. Wyniki uzyskane w opisanym tu i w literaturze badaniach wskazują na ważność w rozprzestrzenianiu wiedzy, metod diagnostycznych i leczenia wszystkich typów zaburzeń nastroju i emocji w okresie poporodowym. Ocena stanu psychicznego w tak wczesnym okresie połogu może mieć walor aplikacyjny dla położnych środowiskowych oraz lekarzy położników, którzy spotykają się z pacjentkami podczas kontrolnych wizyt. Artykuł należy traktować jako doniesienie wstępne, wyniki w większej grupie badanej będą przedmiotem odrębnego doniesienia.

Wnioski

1. Kobiety, które urodziły przez cięcie cesarskie, miały wyższe wyniki w skali lęku jako cechy.
2. Im wyższy rezultat w stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach, tym wyższy wynik w Skali Depresji.
3. Im wyższy poziom siły procesów hamowania w skali temperamentu, tym niższy poziom lęku jako cechy.
4. Im wyższy poziom lęku zarówno jako stanu, jak i jako cechy, tym wyższy wynik w Skali Depresji Becka.

Степень фобии как состояния и как черты, а также депрессии в раннем периоде родов. Предварительное сообщение

Содержание

Вступление. Рождение ребенка это радостное событие, но и стрессирующее. Это стрессирующее жизненное обстоятельство приводит к различным эмоциям, проявляющимися в различной степени у матерей а одной из них является послеродовая депрессия. Послеродовая депрессия занимает большое место в клинических исследованиях последних лет, но многие авторы указывают на разделение симптомов депрессии и фобии после родов.

Задание. Заданием работы было определение степени фобии и депрессии среди женщин, госпитализированных после родов. Кроме того, предприняты пробы определения факторов, г.о. психологических, которые могут повлиять на степень фобии и депрессии.

Материал. Исследовано 46 женщин, госпитализированных после родов в Гинеколого-акушерском отделении клиники Медицинского университета в г. Познани в 2010 году.

Метод. Используются стандартизированные глоссарии для оценки таких изменчивых как: фобия, депрессия, способы преодоления препятствий при стрессе и темперамент. Для оценки дополнительных изменчивых использована анкета собственной конструкции.

Результаты. Статистический анализ позволил на определение частоты и степени фобии как состояния, так и черты, а также депрессии. Кроме того, найдена зависимость между указанными изменчивыми и такими факторами как: тип родов, способы преодоления стресса и темперамент.

Выводы. Женщины, у которых найдены высшие показатели в шкале фобии как черты, чаще родили путем Кесарева сечения, чем силами природы. Стиль преодоления стрессовых ситуаций концентрировался на эмоции влиял на более высокие результаты в радиусе депрессивных симптомов. Чем более были выражены степени процессов торможения (в глоссарии темперамена) тем были низшие результаты в иных шкалах фобии как черты. Также так фобия как состояние и как черта коррелировали с депрессией. Чем более высокая степень фобии, как и состояние и как черта, тем были более высокие показатели депрессии.

Ключевые слова: послеродовой период, депрессия, фобия

Level der Angst als Zustand und Eigenschaft und Depressionslevel im Frühwochenbett – Leitmeldung

Zusammenfassung

Einleitung. Die Geburt des Kindes ist sowohl ein frohes als auch ein stressauslösendes Ereignis. Dieses stressige Lebensereignis löst unterschiedliche Emotionen aus, die mit unterschiedlicher Intensität bei den Müttern auftreten, wie Postpartale Stimmungsschwankungen. Die Postpartalen Stimmungsschwankungen werden sehr häufig in vielen Studien besprochen, und manche Autoren zeigen auf die Unterscheidung zwischen der Depression und Angst nach der Geburt.

Ziel. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war den Level der Angst und Depression unter den Frauen im Krankenhaus nach der Geburt zu schätzen. Außerdem wollte man herausfinden, ob es Faktoren gibt, hauptsächlich psychologische Faktoren, die den Level von Angst und Depression beeinflussen können.

Material. Die Studie wurde anhand einer Probe von 46 Frauen während des Aufenthalts im Krankenhaus 2010 nach der Geburt durchgeführt - Klinisches Krankenhaus für Gynäkologie und Geburtshilfe der Medizinuniversität in Posen. Folgende Instrumente wurden eingesetzt: standardisierte Fragebögen zur Messung solcher Variablen wie: Angst (STAI), Depression (BDI), Selbsthilfe im Stress (CISS) und Temperament (PTS). Zur Messung der zusätzlichen Variablen wurde die eigene Umfrage eingesetzt.

Ergebnisse. Die statistische Analyse legte die Häufigkeit und Intensität der Angst (als Zustand und Eigenschaft) und der Depression fest und entdeckte die Abhängigkeiten zwischen den genannten Variablen und solchen Faktoren wie der Typ der Geburt, Selbsthilfe im Stress und Temperament.

Schlussfolgerungen. Die Frauen, die höhere Ergebnisse in der Skala der Angst als Eigenschaft erzielten, erlebten häufiger einen Kaiserschnitt als natürliche Geburt. Die auf die Emotionen konzentrierte Art der Selbsthilfe im Stress hatte einen Einfluss auf höhere Ergebnisse im Hinblick auf die depressiven Symptome. Je höher die Kraft der Hemmungsprozesse (im Fragebogen Temperament), desto schlechter die Ergebnisse in der BDI - und STAI – Skala – Angst als Eigenschaft. Außerdem korrelierte Angst sowohl als Zustand und als auch als Eigenschaft mit der Depression. Je höher der Level der Angst als Zustand und als Eigenschaft, desto höhere Ergebnisse in der BDI – Skala.

Schlüsselwörter: Wochenbett, Depression, Angst

Le niveau d'anxiété et de dépression dans le début du post-partum – communication préliminaire

Résumé

Introduction. L'accouchement est à la fois une expérience joyeuse et stressante. Cet événement de vie stressant provoque chez les mères des émotions différentes qui apparaissent à divers degrés, l'une d'elles étant la dépression du post-partum. Bien que la dépression post-partum est un sujet important dans la recherche des dernières années, certains auteurs indiquent une distinction entre la dépression et l'anxiété après l'accouchement.

Objectif. L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau d'anxiété et de dépression chez des femmes hospitalisées après l'accouchement. En outre, détermination de l'existence de facteurs, principalement psychologiques, qui peuvent influencer sur le niveau d'anxiété et de dépression.

Matériel. L'étude a été menée sur un échantillon de 46 femmes hospitalisées après accouchement dans la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique à l'Université Médicale de Poznań en 2010.

Méthode. Des questionnaires standardisés ont été utilisés pour mesurer des variables telles que: l'anxiété (STAI), la dépression (BDI), les styles de gestion du stress (CISS) et le tempérament (PTS). Afin de mesurer d'autres variables nous avons utilisé notre propre questionnaire.

Résultats. Une analyse statistique a permis de déterminer la fréquence et l'intensité de l'anxiété (en tant qu'état et en tant que caractéristique) et de la dépression et elle a révélé des dépendances entre ces variables et des facteurs tels que : le type d'accouchement, la façon dont les patientes gèrent leur stress, et leur tempérament.

Conclusions. Les femmes qui ont obtenu des scores plus élevés sur l'échelle d'anxiété en tant que caractéristique ont plus souvent préféré accoucher par césarienne que par voie naturelle. Le style de gestion du stress concentré sur les émotions a influencé des scores plus élevés dans le domaine des symptômes dépressifs. Plus leurs processus d'inhibition étaient importants (dans le questionnaire du tempérament) plus leurs scores étaient faibles dans l'échelle BDI et STAI - anxiété en tant que caractéristique. De plus, l'anxiété aussi bien comme état que comme caractéristique a été corrélée avec la dépression. Plus le niveau d'anxiété comme état et comme caractéristique était élevé, plus les scores sur l'échelle BDI.t étaient élevés.

Mots-clés : post-partum, dépression, anxiété

Piśmiennictwo

1. Terry DJ. *Predictors of subjective stress in a sample of new parents*. Aust. J. Psychol. 1991; 43: 29–36.
2. Terry DJ, Maycocci L, Hynes GJ. *Depressive symptoms in new mothers: A stress and coping perspective*. J. Abnorm. Psychol. 1996; 105: 220–231.
3. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR. *Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2001; 35: 69–74.
4. Reroń A, Gierat B, Huras H. *Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej*. Ginekol. Prakt. 2004; 12 (3): 32–35.
5. Bałkowiec-Iskra E, Niewada M. *Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie*. Przew. Lek. 2002; 5 (11–12): 104–110.
6. Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. *Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping*. Arch. Women Ment. Health 2004; 7: 123–131.
7. Stuart S, O’Hara MW, Gorman LL. *The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression*. Arch. Women Ment. Health 2003; 6 (supl. 2): 57–69.
8. Pope S. *An information paper: Postnatal depression: A systematic review of published scientific literature to 1999*. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
9. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh KJ. *Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety*. J. Affect. Disord. 2003; 74: 139–147.
10. Austin MP. *Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: Where to from here?* Arch. Women Ment. Health 2004; 7: 1–6.
11. Heron J, O’Connor TG, Evens J, Golding J, Glover V. *The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample*. J. Affect. Disord. 2004; 80: 65–73.
12. Milgrom J, Martin PR, Negri LM. *Treatening postnatal depression: a psychological approach for health care practitioners*. Chichester: John Wiley & Sons; 1999.
13. Forman DR, O’Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. *Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship*. Dev. Psychopat. 2007; 19 (2): 585–602.
14. Gunlicks ML, Weissman MM. *Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 47: 379–389.
15. Miranda J, Chung JY, Green BL, Krupnick J, Siddique J, Revivki DA. *Treatening depression in predominantly low-income young minority women: a randomized controlled trial*. JAMA 2003; 290 (1): 57–65.
16. McCoy SJ, Beal JM, Saunders B, Hill EN, Payton ME, Watson GH. *Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation*. J. Reprod. Med. 2008; 53 (3): 166–170.
17. Homish GG, Cornelius JR, Richardson GA, Day NL. *Antenatal risk factors associated with postpartum comorbid alcohol use and depressive symptomatology*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2004; 28 (8): 1242–1248.
18. Murray L. *The impact of postnatal depression on infant development*. J. Child Psychol. Psychiatry 1992; 35: 343–361.
19. Sit DK, Wisner KL. *The identification of postpartum depression*. Clin. Obstet. Gynecol. 2009; 52 (3): 456–468.
20. Wrześniewski K, Sosonowski T, Jaworowska A, Fecenc D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, polska adaptacja STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
21. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11 (4): 417–421.

22. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2005.
23. Strelau J, Zawadzki B. *Kwestionariusz Temperamentu PTS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 1998.
24. Czarnecka M, Jaszczak M. *The prevalence and risk factors of depression in women postpartum*. Arch. Perinat. Med. 2006; 12 (3): 7–10.
25. Ryding EL. *Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1993; 72: 280–285.
26. Sjogren B. *Fear of childbirth and psychosomatic support—a follow up of 72 women*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1998; 77: 819–825.
27. *The national sentinel caesarean section audit report*. London: RCOG Press; 2001.
28. Miller RL, Pallant JF, Negri LM. *Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression?* BMC Psychiatry 2006; 6: 12.
29. O'Hara MW, Swain AM. *Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis*. Int. Rev. Psychiatry 1996; 8: 37–54.

Adres: Marta Czarnecka-Iwańczuk
Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

Otrzymano: 12.01.2012
Zrecenzowano: 4.05.2012
Otrzymano po poprawie: 23.05.2012
Przyjęto do druku: 17.12.2012
Adiustacja: A. K.