

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiki i Psychologii

AGATA CICHÓPEK

ORCID: 0009-0008-2680-3406
agacichopek@gmail.com

AGATA SITKO

ORCID: 0000-0003-0171-3742
agata.sitko@ujk.edu.pl

Depresja poporodowa u matek i ojców – różnice i podobieństwa. Przegląd dotychczasowych badań

Postpartum Depression in Mothers and Fathers – Differences and Similarities. A Review of Previous Research

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Cichopek, A., Sitko, A. (2025). Depresja poporodowa u matek i ojców – różnice i podobieństwa. Przegląd dotychczasowych badań. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 38(2), 7–21. DOI: 10.17951/j.2025.38.2.7-21.

ABSTRAKT

Celem artykułu jest analiza różnic i podobieństw w spojrzeniu na depresję poporodową wśród matek i ojców, które mogą mieć kluczowe znaczenie dla profilaktyki i leczenia depresji poporodowej, w zależności od płci osoby doświadczającej zaburzenia. W tym celu przeszukano serwisy naukowe Google Scholar oraz PubMed. Do przeglądu włączono 26 artykułów. Z przeprowadzonej analizy wynika, że zaburzenia psychiczne związane z ciążą, porodem lub położeniem stanowią obecnie powszechny problem. Jednym z najczęstszych jest właśnie depresja poporodowa – poporodowe zaburzenie nastroju. Na depresję poporodową, rozumianą jako epizod dużej depresji, cierpi ok. 10–20% matek oraz 10% ojców. Potwierdzone w badaniach czynniki ryzyka różnią się w zależności od płci, podobnie jak obraz kliniczny zaburzenia, który mimo braku oddzielnych kryteriów diagnostycznych u mężczyzn może przebiegać inaczej. W zależności od tego, czy depresji poporodowej doświadcza matka, czy ojciec, widoczne są nieco odmienne skutki dla samej osoby cierpiącej na depresję, dziecka, współmałżonka oraz całej rodziny. Uzależnione od płci rodzica jest również podejście do leczenia, szczególnie z uwagi na kwestie przyjmowania leków w trakcie karmienia piersią oraz konsekwencje wczesnej separacji noworodka od matki.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa; matki; ojcowie; zaburzenia nastroju

WPROWADZENIE

Pojawienie się na świecie dziecka diametralnie wpływa na życie zarówno kobiety, jak i mężczyzny, którzy odtąd stają się matką i ojcem (Ansari, Shah, Dennis, Shah, 2021). Rodzicielstwo zmienia rzeczywistość, a adaptacja do zmieniających się warunków niejednokrotnie sprawia trudności. Przyjęcie nowej roli jest wyzwaniem, z którym rodzice muszą się zmierzyć (Chhabra, Li, McDermott, 2022; Kosakowska, 2019).

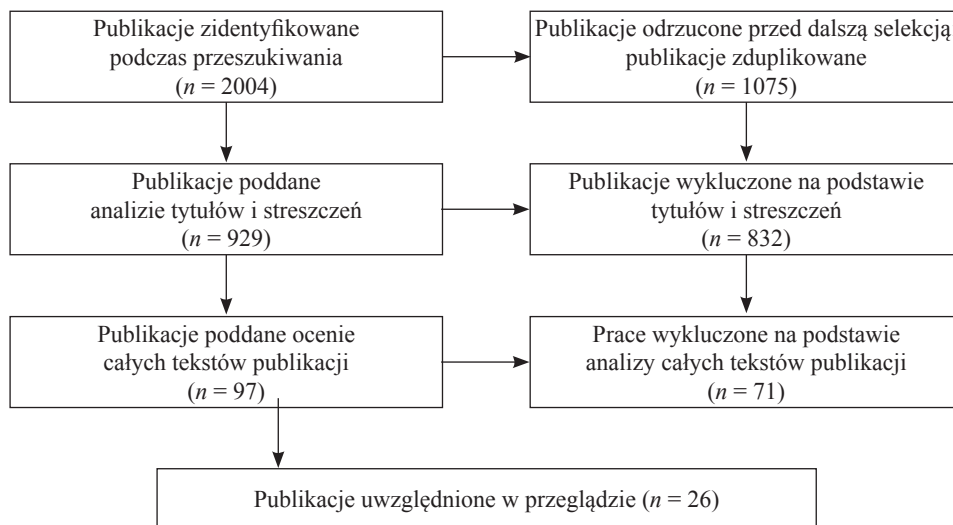
Okres okołoporodowy to czas obfitujący w stres, w związku z czym może dojść do epizodu zaburzeń psychicznych (Chhabra i in., 2022; Niegowska, Kobos, 2019). Są one jednym z najczęstszych powikłań tego okresu. Zaburzenia psychiczne związane z położeniem mogą obejmować zespół stresu pourazowego, lęk napadowy, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub poporodowe zaburzenia nastroju. Wśród najpowszechniejszych poporodowych zaburzeń emocjonalnych wymienia się depresję poporodową (*postpartum depression*) (Guintivano, Manuck, Meltzer-Brody, 2018; Jaeschke, Siwek, Dudek, 2012; Kaźmierczak, Gebuza, Gierszewska, 2010). Depresja poporodowa dotyczy zarówno matek, jak i ojców (Wang, Liu, Shuai, Cai, Fu, Liu, Xiao, Zhang, Krabbendam, Liu, Liu, Li, Yang, 2021). W zależności od płci można dostrzec różnice w obrazie psychopatologicznym depresji, jej przyczynach oraz rodzaju stosowanej terapii (Sokół-Szawłowska, 2020). Badania wskazują również na pewne podobieństwa w doświadczeniach matek i ojców z depresją (Holopainen, Hakulinen, 2019). Obecnie naukowcy, podejmując problematykę depresji poporodowej, licznie koncentrują się na czynnikach ryzyka, mechanizmach leżących u podstaw oraz zmiennych, które mogą zapobiec jej wystąpieniu (Coll, Domingues, Stein, da Silva, Bassani, Hartwig, da Silva, da Silveira, da Silva, Bertoldi, 2019; Flor-Alemany, Migueles, Alemany-Arrebola, Aparicio, Baena-García, 2022; Gopalan, Spada, Shenai, Brockman, Keil, Livingston, Moses-Kolko, Nichols, O'Toole, Quinn, Glance, 2022; Payne, Maguire, 2019; Puyané, Subirà, Torres, Roca, Garcia-Esteve, Gelabert, 2022). Coraz więcej badaczy (Baum, Nowosadko, Wszolek, Jónsdóttir, 2023; Dominiak, Antosik-Wojcińska, Baron, Mierzejewski, Świecicki, 2021) koncentruje się na identyfikowaniu zagadnień, których celem jest rozpowszechnienie wiedzy na temat depresji poporodowej wśród specjalistów na co dzień niezwiązanych ze zdrowiem psychicznym. Dąży się do zwiększenia świadomości personelu medycznego w tym zakresie, a co za tym idzie – do prowadzenia działalności profilaktycznej oraz wczesnego rozpoznawania symptomów zaburzenia przez pracowników ochrony zdrowia, którzy pracują z pacjentkami w ciąży, po porodzie oraz ich partnerami. Wnioskuje się, że badacze za istotną uważają dziś profilaktykę depresji poporodowej, która stanowi punkt wyjścia również dla niniejszej pracy.

Niniejszy przegląd ma na celu kompleksową syntezę najnowszej wiedzy na temat depresji poporodowej, ze szczególnym uwzględnieniem różnic i podobieństw między płciami.

METODY – ŹRÓDŁA INFORMACJI, STRATEGIA POSZUKIWANIA

Celem niniejszego artykułu było zebranie oraz uporządkowanie wiedzy dotyczącej różnic i podobieństw w spojrzeniu na depresję poporodową wśród matek i ojców. Przeglądu publikacji dokonano w serwisach PubMed oraz Google Scholar. W celu dokładnej analizy danych posłużono się hasłami: „poporodowe zaburzenia nastroju”, „depresja w ciąży i po porodzie”, „depresja poporodowa”, „depresja poporodowa u kobiet”, „depresja poporodowa u mężczyzn”. Pod uwagę wzięto pełnotekstowe artykuły przeglądowe oraz empiryczne w języku angielskim oraz polskim powstałe od 5 października 2023 roku do 24 września 2024 roku. Ostatecznie wybrano 26 pozycji. Ponadto skorzystano z informacji zawartych w obowiązujących klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych – Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 oraz klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Doboru prac dokonano zgodnie ze schematem PRISMA przedstawionym na rysunku 1 (Tokarczyk, Sas, Piegza, 2024).

Przy wyborze materiału do selekcji odrzucono pozycje, które nie dotyczyły bezpośrednio epidemiologii, czynników ryzyka, obrazu klinicznego, konsekwencji i leczenia depresji poporodowej lub okołoporodowej u mężczyzn lub kobiet. Analizy dokonano na podstawie danych z ostatnich 5 lat (od 2019 roku do 29 lutego 2024 roku), natomiast publikacje wykraczające poza założony okres uwzględniono w celu rozwinięcia istotnych wątków oraz uzupełnienia brakujących informacji.



Rysunek 1. Diagram przedstawiający selekcję publikacji naukowych, które zostały włączone do przeglądu narracyjnego

Źródło: opracowanie własne.

DEPRESJA POPORODOWA

Depresja poporodowa jest definiowana jako epizod dużej depresji, z uwzględnieniem specyfiki sytuacji, w której występuje. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 pozwala na klasyfikację depresji poporodowej w kategorii zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania związanych z ciążą, porodem lub położeniem. Według ICD-11 objawy powinny pojawić się w pierwszych sześciu tygodniach położu. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 depresję „z początkiem okołoporodowym” określa jako zaburzenie psychiczne rozpoznawane w ciągu czterech tygodni po urodzeniu dziecka (Kossakowska, 2019; Morrison, 2016; Scarff, 2019; World Health Organization, 2022). Badania wskazują jednak, że powszechne jest u matek doświadczenie depresji poporodowej nawet od kilku miesięcy do roku po porodzie (Anokye, Acheampong, Budu-Ainooson, Obeng, Akwasi, 2018). Częstym zjawiskiem jest wystąpienie depresji u kobiety w ciągu pierwszych trzech miesięcy macierzyństwa (Hutchens, Kearney, 2020). Wśród mężczyzn szczyt rozwinięcia się zaburzenia przypada na 3.–6. miesiąc po porodzie. Obecnie nie ma narzędzi diagnostycznych ukierunkowanych na diagnozę depresji poporodowej u mężczyzn. Przydatna okazuje się Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) – służąca do badania przesiewowego w kierunku depresji poporodowej u matek. Brakuje w niej jednak pozycji, które dałyby możliwość stwierdzenia typowych dla mężczyzn objawów depresyjnych (Leśniewska, Budzyńska, Kozioł, Milanowska, 2021). Uzupełnienie diagnozy może stanowić więc Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (GDMS) oraz Skala Męskiej Depresji GSDS-26 – narzędzia ukierunkowane na ocenę nasilenia objawów depresyjnych u mężczyzn, które uwzględniają atypowe objawy depresji, charakterystyczne dla płci męskiej (Chodkiewicz, 2017; Chodkiewicz, Miniszewska, Talarowska, Karbownik, Möller-Leimkühler, 2024).

Depresja poporodowa jest uwarunkowana wieloczynnikowo. W przypadku kobiet należy uwzględnić zarówno wrodzone czynniki ryzyka, występujące przed ciążą, jak i czynniki ryzyka okołoporodowego (Guintivano i in., 2018). Hutchens i Kearney (2020) dokonali podsumowania licznych badań pozwalających na wyodrębnienie zmiennych, które z dużym prawdopodobieństwem wiążą się z wystąpieniem depresji poporodowej wśród kobiet. Komponenty bezpośrednio związane z ciążą i porodem dotyczą: nieplanowanej lub niechcianej ciąży, lęku prenatalnego, powikłań ciąży i porodu, smutku poporodowego (*baby blues*). Czynniki ryzyka okołoporodowego odnoszą się również do osoby dziecka i obejmują: karmienie piersią, temperament dziecka oraz odczuwany stres z uwagi na opiekę nad niemowlęciem. Przyczyn depresji związanych z osobą matki i jej otoczeniem można upatrywać w kategoriach czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Do czynników biologicznych zalicza się: dysregulacje podwzgórze – przysadka – nadnercza, proces zapalny, wrażliwość genetyczną, otyłość oraz zaburzenia snu. Czyn-

niki społeczne dotyczą: wsparcia społecznego, dochodu rodziny, zawodu kobiety, satysfakcji z małżeństwa, aktualnych nadużyć lub przemocy. Do czynników psychologicznych zalicza się: stres życiowy, historię depresji, neurotyzm, negatywny poznawczy styl atrybucji, poczucie własnej wartości, nadużywanie substancji oraz niezadowolenie z obrazu ciała (Hutchens, Kearney, 2020).

Z kolei Ansari i in. (2021) na podstawie systematycznego przeglądu literatury dokonali identyfikacji czynników związanych z wystąpieniem objawów depresji poporodowej u ojców. Autorzy wyróżnili liczne zmienne, wśród nich komponenty odnoszące się do osoby partnerki oraz tworzonego z nią związku, które obejmują: depresję matki dziecka, niezadowolenie ze związku, długość związku poniżej 2 lat oraz brak związku małżeńskiego. Liczni badacze wskazują na depresję poporodową matki jako główny predyktor depresji poporodowej ojca (Chhabra i in., 2022; Kim, Swain, 2007; Pedersen, Maindal, Ryom, 2021). Niebagatelne znaczenie okazuje się mieć kwestia zabezpieczenia finansowego. Wśród czynników mających wpływ na wystąpienie depresji u mężczyzn wymienia się niestabilność finansową oraz bezrobocie. Dużą rolę w omawianym kontekście odgrywa również poziom stresu – najczęściej dotyczącego pracy lub trudnych wydarzeń życiowych. Okazuje się, że również takie dane socjodemograficzne ojców, jak: skrajnie niski lub wysoki wiek, niskie wykształcenie, mniejsza liczba posiadanych dzieci, wpływają na wystąpienie depresji poporodowej. Czynniki ryzyka u mężczyzn ponadto obejmują: poprzednie problemy psychiczne, brak wsparcia społecznego, niskie poczucie własnej skuteczności rodzica, nieoczekiwaną ciążę, preferencje płciowe dla dziecka płci męskiej, słabą jakość snu oraz historię leczenia niepłodności (Ansari i in., 2021).

DEPRESJA POPORODOWA U MATEK

Depresja poporodowa dotyka ok. 10–20% kobiet rocznie. W skali krajowej depresja dotyczy ogółem miliona Polek (Kossakowska, 2019; Niegowska, Kobos, 2019). Częstość występowania opisywanego zaburzenia ma związek ze stopniem rozwoju oraz strukturą społeczno-ekonomiczną kraju. W skali światowej wskaźnik wynosi od 0,5% do 60,8%. Szacuje się, że w krajach rozwijających się częstość występowania depresji poporodowej waha się od 1,9% do 82,1%, z kolei w krajach rozwiniętych od 5,2% do 74% (Niegowska, Kobos, 2019; Wang i in., 2021).

Obraz kliniczny depresji poporodowej może różnić się w zależności od płci (Leśniewska i in., 2021). U kobiet objawy obejmują: obniżony nastrój, płaczliwość, niepokój, zaburzenia apetytu, zaburzenia snu, zmniejszoną przyjemność ze zwykle przyjemnych aktywności, poczucie winy, uczucie bezwartościowości, spadek energii, zaburzenia funkcji poznawczych, myśli i/lub próby samobójcze. Objawy, choć charakterystyczne dla depresji dużej, w specyficzny sposób wiążą się z sytuacją, w obliczu której występują. Brak zainteresowania może dotyczyć dziecka lub obo-

wiązków wynikających z roli matki, poczucie winy może być związane z przekonaniem o nieskutecznej opiece nad dzieckiem lub obrazem siebie jako rodzica, myśli i próby samobójcze mogą dotyczyć zarówno własnej osoby, jak i dziecka (Kossakowska, 2019; Niegowska, Kobos, 2019; Wang i in., 2021).

Depresja poporodowa rodzica niesie za sobą poważne konsekwencje dla dziecka, samej osoby doświadczającej zaburzenia, współmałżonka, a także całego systemu rodzinnego. Depresja negatywnie wpływa na dynamikę rodziny, zdolności rodzicielskie oraz relacje w rodzinie. Zarówno zaburzenia emocjonalne matki, jak i ojca, przekładają się na dobrostan dziecka, jego rozwój poznawczy, behawioralny i emocjonalny (Ansari i in., 2020; Pedersen i in., 2021). Badania wskazują na związek depresji poporodowej rodzica z negatywnymi skutkami dla dziecka widocznymi aż do 18. roku życia (Netsi, Pearson, Murray, Cooper, Craske, Stein, 2018). Depresja matki negatywnie wpływa na aktywność niemowlęcia, jego ciekawość świata oraz próby eksploracji. Kobiety są skłonne zaniedbywać opiekę nad noworodkiem, nie nawiązują kontaktu wzrokowego i dotykowego, mają zmniejszone poczucie własnej wartości oraz wiarę w pomyślną, bliską relację z dzieckiem. Matki borykające się z depresją poporodową mogą wykazywać wrogość, rozdrażnienie w stosunku do dziecka, mają trudności w reagowaniu na jego potrzeby oraz wykazują niższy poziom wrażliwości i dostrojenia do niemowlęcia. Wszystkie te trudności wpływają na tworzenie więzi matka–dziecko, która z kolei determinuje późniejsze wzory reakcji dziecka. Dzieci matek cierpiących na depresję częściej charakteryzują się wycofaniem, są mniej radosne i bardziej zamknięte w sobie. U przedszkolaków widoczne są zachowania agresywne, nieempatyczne oraz depresyjne (Ansari i in., 2020; Kossakowska, 2019; Niegowska, Kobos, 2019). Badania wskazują, że nasilenie, z jakim kobieta doświadcza depresji poporodowej, ma związek z jakością jej relacji romantycznej. Kobiety, u których depresja przyjmuje cięższy przebieg, charakteryzują się niższym poczuciem intymności, samorealizacji i podobieństwa z partnerem oraz silniej odczuwają rozczarowanie w związku. Ponadto pomiędzy partnerami częściej dochodzi do konfliktów i kłótni. Depresja kobiety wpływa bezpośrednio na samego mężczyznę – jest on silniej narażony na wystąpienie problemów psychicznych, szczególnie depresji poporodowej, gdzie ryzyko w pierwszych 6 tygodniach jest nawet 2,5 razy większe. Należy jednak podkreślić, że jakość relacji partnerskiej w obliczu depresji poporodowej może stanowić zarówno czynnik ryzyka, jak i konsekwencje (Ansari i in., 2020; Burke, 2003; Małus, Szyluk, Galińska-Skok, Konarzewska, 2016).

Podejmując decyzje o metodzie leczenia matki zmagającej się depresją poporodową, należy uwzględnić i rozstrzygnąć wiele kwestii. W pierwszej kolejności należy ustalić stopień nasilenia objawów. Jeśli depresja ma łagodny lub umiarkowany przebieg, zaleca się stosowanie psychoterapii lub w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi. Użyteczna jest zarówno psychoterapia indywidualna, grupowa, jak i rodzinna (Chrzan-Dętkoś, Kalita, 2019; Jaeschke i in., 2012). Badania dotyczące efektywności różnych nurtów terapeutycznych nie wskazują na istotne różnice między nimi. Inter-

wencja terapeutyczna pozwala na osłabienie objawów depresji, lepszą adaptację do wyzwań rodzicielskich, poprawę relacji małżeńskich i wsparcia społecznego oraz obniżenie stresu i niepokoju (Stephens, Ford, Paudyal, Smith, 2016). Stosowanie leków przez kobiety karmiące piersią często budzi ich obawy o stan zdrowia dziecka, jednak w przypadku depresji umiarkowanie ciężkiej lub skrajnie ciężkiej to właśnie farmakoterapia ma kluczowe znaczenie (Jaeschke i in., 2012; Kaźmierczak i in., 2010). W sytuacji gdy stopień nasilenia objawów jest znany, możliwe staje się podjęcie adekwatnej decyzji o hospitalizacji kobiety oraz rozstrzygnięcie kwestii pozostawienia przy niej noworodka. Są to kluczowe zagadnienia, ponieważ oba rozwiązania mogą mieć poważne konsekwencje. Zarówno zmagająca się z depresją matka, która zajmuje się dzieckiem, jak i separacja niemowlęcia od matki niosą poważne skutki emocjonalne dla dziecka (Kaźmierczak i in., 2010).

DEPRESJA POPORODOWA U OJCÓW

Depresja poporodowa dotyka dwukrotnie częściej kobiet niż mężczyzn. Szacuje się, że 10% ojców cierpi na opisywane zaburzenie (Ansari i in., 2021). Badania wskazują, że w związku z narodzinami dziecka 18% mężczyzn boryka się z wysokim nasileniem lęku, który nie jest specyficzny dla zaburzenia lękowego (Leśniewska i in., 2021). Wskaźnik częstości występowania depresji poporodowej wynosi od 24% do 50% w sytuacji mężczyzn, których partnerka również doświadcza owego zaburzenia, co wskazuje na pozytywną korelację między depresją poporodową matki i ojca (Holopainen, Hakulinen, 2019).

Z uwagi na płeć mogą wystąpić różnice w zakresie symptomów oraz przebiegu depresji poporodowej, mimo że obecnie nie wyróżnia się oddzielnych kryteriów diagnostycznych dla mężczyzn. Objawy depresji u ojców są mniej widoczne, pojawiają się niespodziewanie i stopniowo postępują. Charakterystyczne dla mężczyzn są: wzrost drażliwości, izolacja od otoczenia, impulsywność, zachowania ryzykowne, tendencje do nadużywania substancji, wycofanie społeczne, spadek odporności na stres. Ojcom cierpiącym na depresję poporodową, podobnie jak matkom, towarzyszy anhedonia, zaburzenia łaknienia, snu oraz funkcji poznawczych (Kamali-fard, Bayati Payan, Panahi, Hasanpoor, Babapour Kheiroddin, 2018; Leśniewska i in., 2021; Scarff, 2019; Sokół-Szawłowska, 2020). ICD-11 do objawów depresyjnych zaburzeń związanych z ciążą, porodem lub położeniem zalicza również trudności w nawiązaniu więzi z dzieckiem (World Health Organization, 2022).

Ojcowie cierpiący na depresję, podobnie jak matki, wykazują mniejszą wrażliwość i większą wrogość w stosunku do dziecka. To właśnie drażliwość, gniew, niska samoocena, używki i sztywny afekt są ze strony ojca źródłem najbardziej dotkliwych konsekwencji (Sokół-Szawłowska, 2020; Wilson, Durbin, 2010). Ojcowie cierpiący na depresję rzadziej angażują się w budowanie więzi z dzieckiem i rzadziej nawiązują z nim kontakt. Wpływa to na relację ojciec – dziecko, która jest

kluczowa dla prawidłowego rozwoju niemowlęcia (Chhabra i in., 2022; Leśniewska i in., 2021). Depresja poporodowa mężczyzny w sposób szczególny oddziałuje na partnerkę. Ojciec może nie być w stanie udźwignąć pełnej odpowiedzialności za rodzinę, w wyniku czego to matka zostaje obarczona rolą opiekuna rodziny. W obliczu takiej sytuacji kobieta często czuje się samotna i przytłoczona przejętą po mężczyźnie rolą, co może prowadzić do konfliktów, a nawet rozpadu związku. W sytuacji sporu mężczyźni z depresją poporodową są skłonni stosować agresywne lub ignorujące strategie ich rozwiązywania. Ponadto charakteryzują się ogólnym wysokim poziomem złości. Destrukcyjny sposób wyrażania emocji może skutkować spadkiem odczuwanego wsparcia u partnerki, co z kolei czyni ją bardziej narażoną na stres i psychopatologię. Problemy małżeńskie i depresja poporodowa oddziałują na siebie nawzajem – jedno stanowi zarówno przyczynę, jak i skutek drugiego (Demirici, İnan, 2023; Leśniewska i in., 2021). Niezwykle trudną sytuacją jest, gdy na depresję poporodową cierpią jednocześnie oboje rodzice. Wystąpienie takiego przypadku zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń psychicznych i wywołuje wyższy poziom agresji u dzieci w wieku 0–4 lata (Scarff, 2019).

Leczenie mężczyzn z depresją poporodową wciąż jest tematyką niedostatecznie zbadaną. Ze względu na rozumienie depresji poporodowej jako epizodu dużej depresji stosuje się postępowanie oparte na psychoterapii i farmakoterapii. Badania wykazały, że preferowaną przez mężczyzn formą leczenia depresji poporodowej jest psychoterapia indywidualna lub par. Ojcowie wykazują większą przychylność interwencjom psychologicznym, postrzegają je również jako wiarygodniejsze w porównaniu z farmakoterapią (Demirici, İnan, 2023; Scarff, 2019). Rozstrzygane w przypadku kobiet dylematy dotyczące leczenia depresji poporodowej w odmienny sposób odnoszą się do mężczyzn. Stosowane przez ojca leki przeciwdepresyjne w żaden sposób nie mają związku z dzieckiem, nieco inne wydaje się również spojrzenie na konsekwencje tymczasowego rozdzielenia noworodka od ojca w przypadku jego hospitalizacji. Kompleksowe leczenie powinno dostarczyć mężczyźnie poczucia, że depresja minęła, a gotowość do pełnienia ról społecznych powróciła (Sokół-Szawłowska, 2020). Nie bez znaczenia jest również wsparcie społeczne. Bez względu na płeć istotną rolę odgrywa otoczenie osoby doświadczającej zaburzenia, w tym rodzina, pracodawca, położna, ginekolog oraz psycholog (Niegowska, Kobos, 2019; Scarff, 2019). Badania wskazują na ogromną, a nawet kluczową rolę pomocy psychospołecznej w leczeniu depresji poporodowej (Anokye i in., 2018).

RÓŻNICE I PODOBIENSTWA W SPOJRZENIU NA DEPRESJĘ POPORODOWĄ U MATEK I OJCÓW

Na podstawie dokonanego przeglądu literatury przedmiotu w tabeli 1 zaprezentowano zestawienie podobieństw i różnic w doświadczaniu depresji poporodowej u matek i ojców.

Tabela 1. Różnice i podobieństwa w ogólnym spojrzeniu na depresję poporodową u matek i ojców

Porównywana charakterystyka	Matki	Ojcowie	Matki i ojcowie – podobieństwa
Częstość występowania	10–20%	10%	pozytywna korelacja między objawami depresji poporodowej matki i ojca
Diagnoza przesiewowa	Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) – diagnoza depresji poporodowej u kobiet	Brak narzędzia ukierunkowanego na diagnozę depresji poporodowej u mężczyzn. Zaleca się stosowanie EPDS, jako miernik depresji poporodowej, oraz Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji (GDMS) lub Skali Męskiej Depresji (GSDS-26) jako mierniki depresji u mężczyzn.	użyteczność narzędzia EPDS
Czynniki ryzyka	<ul style="list-style-type: none"> – częściej obejmują komponenty bezpośrednio związane z ciążą, porodem, niemowlęciami – częściej mają związek z czynnikami biologicznymi: dysregulacja podwzgórze – przysadka – nadnercza, proces zapalny, wrażliwość genetyczna, otyłość – częściej mają związek z czynnikami psychologicznymi: neurotyzm, negatywny poznawczy styl atrybucji, poczucie własnej wartości, nadużywanie substancji, niezadowolenie z obrazu ciała 	<ul style="list-style-type: none"> – częściej obejmują komponenty bezpośrednio związane z osobą partnerki – częściej mają związek z czynnikami socjodemograficznymi: wiek ojca, poziom wykształcenia, liczba posiadanych dzieci 	obejmują: stres, sytuację finansową rodziny, funkcjonowanie małżeństwa, historię zaburzeń psychicznych, wsparcie społeczne, nieoczekiwaną ciążę, jakość snu
Objawy	<ul style="list-style-type: none"> – silniejsze w sferze emocjonalnej – widocznie objawiają się w funkcjonowaniu psychicznym – częściej przyjmują formę objawów internalizacyjnych (kierowanych „do wewnątrz”) 	<ul style="list-style-type: none"> – silniejsze w sferze behawioralnej – widocznie objawiają się w funkcjonowaniu społecznym – częściej przyjmują postać objawów eksternalizacyjnych (kierowanych „na zewnątrz”) 	widoczne w sferze poznawczej i wegetatywnej

Leczenie	decyzje o sposobach leczenia wymagają uwzględnienia dobrostanu dziecka	podejście do leczenia ma niewielki związek z osobą dziecka	stosowane formy leczenia: psychoterapia, farmakoterapia, oddziaływania psychospołeczne
Konsekwencje	<ul style="list-style-type: none"> – silne oddziaływanie na późniejsze wzory reakcji dziecka – kształtowanie pozabezpieczonego stylu przywiązania <ul style="list-style-type: none"> – silne oddziaływanie na zdrowie psychiczne partnera – zwiększone ryzyko wystąpienia problemów psychicznych, zwłaszcza depresji poporodowej 	silne oddziaływanie na dobrostan partnerki: nasilające się u kobiety poczucie samotności i przeciążenia w wyniku obciążenia rolą opiekuna rodziny, narażenie na stres i psychopatologię	<ul style="list-style-type: none"> – zaburzenie relacji rodzic – dziecko <ul style="list-style-type: none"> – negatywny wpływ na rozwój dziecka – negatywny wpływ na relację romantyczną (nasilenie konfliktów, kłótni, rozpad związku) – negatywny wpływ na zdrowie psychiczne partnera(-ki)

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury.

Z tabeli 1 wynika, że kobiety są narażone na wystąpienie objawów depresji poporodowej nawet dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Należy jednak podkreślić, że niska świadomość i trudności w rozpoznawaniu objawów depresji u płci męskiej mogą skutkować zaniżoną częstością jej wykrywania (Fitzgerald, 2023). Dla obu płci charakterystyczna jest pozytywna korelacja między objawami depresji matki i ojca, co oznacza, że wystąpienie objawów depresji u jednego rodzica ma związek z wystąpieniem tych samych nieprawidłowości u drugiego. Pozytywny wynik badania przesiewowego matki lub ojca powinien więc zwrócić uwagę personelu medycznego na stan psychiczny również drugiego opiekuna (Thiel, Pittelkow, Wittchen, Garthus-Niegel, 2020). Dane zawarte w tabeli wskazują, że użytecznym narzędziem do diagnozy przesiewowej wśród kobiet jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS). Obecnie nie ma kwestionariusza ukierunkowanego na depresję poporodową u mężczyzn. EPDS znajduje swoje zastosowanie w badaniu płci męskiej, jednak w celu poszerzenia obrazu klinicznego o obecność objawów depresyjnych typowych dla mężczyzn zaleca się zastosowanie dodatkowo Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji (GDMS) lub Skali Męskiej Depresji GSDS-26 (Leśniewska i in., 2021; Żurawska, Wojciechowska, 2023). Z tabeli wynika, że zmienne, które predysponują kobiety do wystąpienia depresji poporodowej, dotyczą sytuacji samej ciąży, porodu i osoby niemowlęcia. Obejmują: lęk prenatalny, powikłania ciąży i porodu, smutek poporodowy, karmienie

piersią, temperament dziecka oraz stres związany z opieką nad noworodkiem. Czynniki biologiczne – dysregulacja podwzgórze – przysadka – nadnercza, proces zapalny, wrażliwość genetyczna, otyłość oraz czynniki psychologiczne – neurotyzm, negatywny poznawczy styl atrybucji, poczucie własnej wartości, nadużywanie substancji, niezadowolenie z obrazu ciała, okazują się mieć kluczowe znaczenie w zapadaniu na depresję poporodową wśród kobiet. Czynniki ryzyka w grupie mężczyzn obejmują komponenty związane z osobą partnerki, przede wszystkim występowanie depresji u matki dziecka. Duże znaczenie okazują się mieć również dane socjodemograficzne ojca – jego wiek, poziom wykształcenia oraz liczba posiadanych dzieci. Wspólne dla obu płci są zmienne w postaci stresu, sytuacji finansowej rodziny, sposobu funkcjonowania małżeństwa, historii zaburzeń psychicznych, wsparcia społecznego, nieoczekiwanej ciąży, jakości snu (Ansari i in., 2021; Hutchens, Kearney, 2020). Objawy depresji poporodowej u kobiet i mężczyzn dotyczą nieco innych sfer oraz przyjmują odmienną formę. Objawy u matek w większym stopniu obejmują wymiar emocjonalny, są kierowane „do wewnątrz” oraz objawiają się w ich funkcjonowaniu psychicznym. Ojcowie silniej doświadczają symptomów depresji w sferze behawioralnej. Z powodu ich ukierunkowania „na zewnątrz” dostrzegalne są w funkcjonowaniu społecznym mężczyzny. U obu płci zaburzenie związane jest również z nieprawidłowościami w sferze poznawczej oraz wegetatywnej. Wspólne dla kobiet i mężczyzn są również formy leczenia depresji poporodowej – oparte na psychoterapii, farmakoterapii oraz oddziaływaniach psychospołecznych (Kamalifard i in., 2018; Kossakowska, 2019; Leśniewska i in., 2021; Niegowska, Kobos, 2019; Scarff, 2019; Sokół-Szawłowska, 2020; Wang i in., 2021). Różnice w tym zakresie dotyczą uwzględnienia wpływu leczenia na dobrostan dziecka, który w przypadku ojców wydaje się niewielki. Podejmując decyzje o sposobach leczenia matki, należy wziąć pod uwagę kwestie związane z dobrem dziecka (Kaźmierczak i in., 2010). Z danych zawartych w tabeli wynika, że depresja poporodowa matki oddziałuje na późniejsze reakcje dziecka, co ma związek z kształtowaniem pozabezpieczanych stylów przywiązania. Ponadto wpływa na zdrowie partnera, narażając go na wystąpienie problemów psychicznych, szczególnie depresji poporodowej. Depresja mężczyzny również negatywnie oddziałuje na stan psychiczny kobiety, jednak w nieco inny sposób – samotność oraz przeciążenie nadmiarem obowiązków mogą prowadzić u matki do nadmiernego stresu lub psychopatologii. Niezależnie od płci rodzica, konsekwencje doświadczenia depresji poporodowej mogą obejmować: zaburzenie relacji rodzic – dziecko, nieprawidłowy rozwój dziecka, nasilenie konfliktów i kłótni w relacji romantycznej, rozpad związku oraz pogorszenie kondycji psychicznej partnera(-ki) (Ansari i in., 2020; Demirci, İnan, 2023; Kossakowska, 2019; Leśniewska i in., 2021).

W tabeli 1 zaprezentowano kluczowe podobieństwa i różnice w przeżywaniu depresji poporodowej między matkami i ojcami. W związku z tym proponuje się

następujące oddziaływania profilaktyczne, które mogą być czynnikami chroniącymi w doświadczaniu omawianego zaburzenia nastroju:

- 1) normalizacja tematu depresji poporodowej – edukacja przyszłych rodziców dotycząca częstości jej występowania, czynników ryzyka oraz objawów;
- 2) psychoedukacja przyszłych rodziców oraz ich rodzin, która objaśni rolę wsparcia społecznego w zapobieganiu rozwinięciu się depresji poporodowej;
- 3) stosowanie rutynowych badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej zarówno wśród matek, jak i ojców;
- 4) otoczenie szczególną opieką psychologiczną osób z grupy ryzyka.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Od lat podkreśla się ciężar psychiczny, z którym zmagają się kobiety w związku z ciążą, porodem, położeniem oraz podjęciem roli rodzica (Andrews-Fike, 1999; Robinson, Stewart, 1986). Obciążenia, jakich doświadczają w tym czasie mężczyźni, były przez długi czas pomijane (Kim, Swain, 2007; Ramchandani, Stein, O'Connor, Heron, Murray, Evans, 2008). Obecnie coraz więcej badań (Berg, Solberg, Glavin, Olsvold, 2022; Davenport, Swami, 2023; Yousef, Javed, Naeem, Ikram, 2023) skupia się na powikłaniu okresu poporodowego, jakim jest depresja poporodowa mężczyzny. Wciąż jednak dokonuje się zbyt mało prób poszukiwania różnic i podobieństw między depresją poporodową matek i ojców, które mogą być kluczowe dla profilaktyki oraz leczenia depresji poporodowej. Zapobieganie depresji poporodowej umożliwi młodym rodzicom cieszenie się rodzicielstwem, a leczenie pozwala na nowo czerpać satysfakcję z pełnionych ról oraz zapobiec konsekwencjom dla noworodków.

Przyszłe badania powinny zatem skoncentrować się na poszukiwaniu istotnych z punktu widzenia profilaktyki różnic między depresją poporodową kobiet i mężczyzn, aby oddziaływania zapobiegawcze mogły być dostosowane adekwatnie do płci osoby zmagającej się zaburzeniem – oddzielnie na potrzeby matek i potrzeby ojców. Ponadto wskazane jest poszerzenie badań nad leczeniem ojców z depresją oraz ich kontynuowanie w odniesieniu do matek. Wszelkie badania powinny uwzględniać zależną od płci rodzica specyfikę zaburzenia, a więc respektować różnice i podobieństwa między kobietami a mężczyznami w tym zakresie.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews-Fike, C. (1999). A Review of Postpartum Depression. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 1(1), 9–14. DOI: 10.4088/pcc.v01n0103.
- Anokye, R., Acheampong, E., BuduAinooson, A., Obeng, E.I., Akwasi, A.G. (2018). Prevalence of Postpartum Depression and Interventions Utilized for Its Management. *Annals of General Psychiatry*, 17(18), 1–8. DOI: 10.1186/s12991-018-0188-0.

- 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. DOI: 10.1111/aogs.14109.
- Baum, E., Nowosadko, M., Wszolek, K., Jónsdóttir, S.S. (red.) (2023). *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
- Berg, R.C., Solberg, B.L., Glavin, K., Olsvold, N. (2022). Instruments to Identify Symptoms of Paternal Depression during Pregnancy and the First Postpartum Year: a Systematic Scoping Review. *American Journal of Men's Health*, 16(5), 1–16. DOI: 10.1177/15579883221114984.
- Burke, L. (2003). The Impact of Maternal Depression on Familial Relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243–255.
- Chhabra, J., Li, W., McDermott, B. (2022). Predictive Factors for Depression and Anxiety in Men during the Perinatal Period: A Mixed Methods Study. *American Journal of Men's Health*, 16(1), 1–5. DOI: 10.1177/15579883221079489.
- Chodkiewicz, J. (2017). Polish Adaptation of the Gotland Scale of Male Depression (GDMS) by Wolfgang Rutz. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 26(1), 13–23. DOI: 10.5114/ppn.2017.68291.
- Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Talarowska, M., Karbownik, M.S., Möller-Leimkühler, A.M. (2024). Skala Męskiej Depresji GSMS-26 – polska adaptacja i walidacja narzędzia oraz związki ze stereotypami płci. *Psychiatria Polska*, 331, 1–14. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/173042.
- Chrzan-Dętkoś, M., Kalita, L. (2019). Rola wczesnej interwencji psychologicznej w profilaktyce i terapii depresji poporodowej. *Psychoterapia*, 1(188), 47–61. DOI: 10.12740/PT/106445.
- Coll, C.V.N., Domingues, M.R., Stein, A., da Silva, B.G.C., Bassani, D.G., Hartwig, F.P., da Silva, I.C.M., da Silveira, M.F., da Silva, S.G., Bertoldi, A.D. (2019). Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression: the PAMELA Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2(1), 1–12. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.6861.
- Davenport, C.J., Swami, V. (2023). Getting Help as a Depressed Dad: a Lived Experience Narrative of Paternal Postnatal Depression, with Considerations for Healthcare Practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(1), 1–7. DOI: 10.1111/jpm.12854.
- Demirci, Ö., İnan, E. (2023). Postpartum Paternal Depression: Its Impact on Family and Child Development. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(3), 498–507. DOI: 10.18863/pgy.1153712.
- Dominiak, M., Antosik-Wojcińska, A.Z., Baron, M., Mierzejewski, P., Świecicki, L. (2021). Zalecenia dotyczące zapobiegania i leczenia depresji poporodowej. *Ginekologia Polska*, 92(2), 153–164. DOI: 10.5603/GPa.2020.0141.
- Fitzgerald, A. (2023). Psychologiczne aspekty depresji okołoporodowej u matek i ojców. W: E. Baum, M. Nowosadko, K. Wszolek, S.S. Jónsdóttir (red.), *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego* (s. 97–115). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
- Flor-Aleman, M., Migueles, J.H., Aleman-Arrebola, I., Aparicio, V.A., Baena-García, L. (2022). Exercise, Mediterranean Diet Adherence or Both During Pregnancy to Prevent Postpartum Depression-GESTAFIT Trial Secondary Analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 1–12. DOI: 10.3390/ijerph192114450.
- Gopalan, P., Spada, M.L., Shenai, N., Brockman, I., Keil, M., Livingston, S., Moses-Kolko, E., Nichols, N., O'Toole, K., Quinn, B., Gance, J.B. (2022). Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 889–896. DOI: 10.1007/s11920-022-01392-7.
- Guintivano, J., Manuck, T., Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: a Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000368.

- Holopainen, A., Hakulinen, T. (2019). New Parents' Experiences of Postpartum Depression: a Systematic Review of Qualitative Evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1731–1769. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003909.
- Hutchens, B.F., Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: an Umbrella Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 65(1), 96–108. DOI: 10.1111/jmwh.13067.
- Jaeschke, R., Siwek, M., Dudek, D. (2012). Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 7(3), 113–121.
- Kamalifard, M., Bayati Payan, S., Panahi, S., Hasanpoor, S., Babapour Kheiroddin, J. (2018). Paternal Postpartum Depression and Its Relationship with Maternal Postpartum Depression. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 28(2), 115–120. DOI: 10.29252/HNMJ.28.2.115.
- Kaźmierczak, M., Gebuza, G., Gierszewska, M. (2010). Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(4), 503–511.
- Kim, P., Swain, J.E. (2007). Sad Dads: Paternal Postpartum Depression. *Psychiatry*, 4(2), 35–47.
- Kołomańska-Bogucka, D., Mazur-Biały, A.I. (2019). Physical activity and the Occurrence of Postnatal Depression – a Systematic Review. *Medicina*, 55(9), 1–16. DOI: 10.3390/medicina55090560.
- Kossakowska, K. (2019). Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3(39), 134–151. DOI: 10.34766/fetr.v3i39.127.
- Leśniewska, M., Budzyńska, J., Kozioł, I., Milanowska, J. (2021). Postpartum Depression in Men – a Common but Rarely Understood Problem. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(3), 248–251. DOI: 10.26444/monz/138621.
- Małus, A., Szyłuk, J., Galińska-Skok, B., Konarzewska, B. (2016). Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1135–1146. DOI: 10.12740/PP/61569.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Netsi, E., Pearson, R.M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M.G., Stein, A. (2018). Association of Persistent and Severe Postnatal Depression with Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247–253.
- Niegowska, K.W., Kobos, E. (2019). Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu połogu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 25(4), 251–257. DOI: 10.26444/monz/114661.
- Payne, J.L., Maguire, J. (2019). Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165–180. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001.
- Pedersen, S.C., Maingal, 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), 1–13. DOI: 10.1177/15579883211024375.
- Puyané, M., Subirà, S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L., Gelabert, E. (2022). Personality Traits as a Risk Factor for Postpartum Depression: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 577–589. DOI: 10.1016/j.jad.2021.11.010.
- Ramchandani, P.G., Stein, A., O'Connor, T.G., Heron, J., Murray, L., Evans, J. (2008). Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: a Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390–398. DOI: 10.1097/CHI.0b013e31816429c2.
- Robinson, G.E., Stewart, D.E. (1986). Postpartum Psychiatric Disorders. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de L'Association Medicale Canadienne*, 134(1), 31–37.
- Scarff, J.R. (2019). Postpartum Depression in Men. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 16(5–6), 11–14.
- Sokół-Szawłowska, M.J. (2020). Depresja okołoporodowa u ojców — niezauważalny obszar w psychiatrii. *Psychiatria*, 17(1), 36–40.

- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., Smith, H. (2016). Effectiveness of Psychological Interventions or Postnatal Depression in Primary Care: a Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 14(5), 463–472.
- Thiel, F., Pittelkow, M.M., Wittchen, H.U., Garthus-Niegel, S. (2020). The Relationship Between Paternal and Maternal Depression during the Perinatal Period: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–16. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.563287.
- Tokarczyk, K., Sas, K., Piegza, M. (2024). Związek między stosowaniem beta-blokerów a depresją – przegląd narracyjny. *Psychiatria Polska*, 355, 1–15. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/192685.
- 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), 1–24. DOI: 10.1038/s41398-021-01663-6.
- Wilson, S., Durbin, C.E. (2010). Effects of Paternal Depression on Fathers' Parenting Behaviors: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 167–180.
- World Health Organization (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/> [dostęp: 2.03.2024].
- Yousef, I., Javed, H.A., Naeem, R., Ikram, A. (2023). Exploring the Manifestation of Post-Partum Depression in Men. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, 11(3), 3636–3648. DOI: 10.52131/pjhss.2023.1103.0645.
- Żurawska, J., Wojciechowska, M. (2023). Narzędzia służące do prowadzenia badań przesiewowych depresji okołoporodowej u mężczyzn. W: E. Baum, M. Nowosadko, K. Wszolek, S.S. Jónsdóttir (red.), *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego* (s. 162–166). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the differences and similarities in the perception of postpartum depression among mothers and fathers, which may be crucial for its prevention and treatment depending on the gender of the affected parent. To achieve this, the academic databases Google Scholar and PubMed were searched. A total of 26 articles were included in the review. The analysis indicates that mental health disorders associated with pregnancy, childbirth, and the postpartum period are a prevalent concern. One of the most common of these is postpartum depression – a mood disorder occurring after childbirth. It is estimated that approximately 10–20% of mothers and about 10% of fathers experience postpartum depression, understood as a major depressive episode. Research-confirmed risk factors differ by gender, as does the clinical presentation of the disorder, which, despite the lack of gender-specific diagnostic criteria, may manifest differently in men. Depending on whether the mother or the father is affected, the consequences of postpartum depression vary slightly for the individual, the child, the partner, and the entire family. Treatment approaches also differ by gender, particularly due to concerns about medication use during breastfeeding and the consequences of early separation of the newborn from the mother.

Keywords: postpartum depression; mothers; fathers; mood disorders

