

**UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET**

Sanja Nikolić

**ULOGA PORODICE I DIMENZIJA LIČNOSTI U
RAZVOJU DEPRESIJE POVEZANE**

SA ROĐENJEM DETETA

DOKTORSKA DISERTACIJA

Beograd, 2019

**UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE**

Sanja Nikolić

**THE ROLE OF FAMILY AND PERSONALITY
DIMENSIONS IN THE DEVELOPMENT OF
DEPRESSION ASSOCIATED WITH
CHILDBIRTH**

DOCTORAL DISSERTATION

Belgrade, 2019

MENTOR:

Akademik Prof. dr Dušica Lečić Toševski, SANU, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

ČLANOVI KOMISIJE:

- 1. Prof. dr Sanja Totić Poznanović, redovni profesor, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu**
- 2. Prof. dr Goran Mihajlović, redovni profesor, Medicinski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu**
- 3. Doc. dr Čedo Miljević, docent, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu**

Izjave zahvalnosti

Zahvaljujem se svim prijateljima i kolegama koji su me podržali i pomogli mi pri izradi ovog rada.

Dugujem neizmernu zahvalnost Ivani Peruničić Mladenović, doktoru psiholoških nauka na stručnoj pomoći, savetima i moralnoj podršci koju mi je pružala tokom izrade ovog rada.

Ovaj rad, kao i istraživanje koje je u njemu predstavljeno ne bi bili mogući, bez nadahnuća koje su mi pružili drugi, a najviše bezgranična ljubav i toplina mojih bližnjih, mojih roditelja, supruga i sina.

Najveću zahvalnost izražavam mom mentoru, Akademiku prof.dr Dušici Lečić Toševski, ženi, lekaru i naučniku jedinstvenog duha i nepreglednog znanja. Pravom učitelju i mojoj najvećoj inspiraciji u psihijatriji ali i van nje.

Hvala Bojanu i Mateji zato što daju najdublji smisao mom životu, svemu što činim i ovom radu.

ULOGA PORODICE I DIMENZIJA LIČNOSTI U RAZVOJU DEPRESIJE POVEZANE SA ROĐENJEM DETETA

Apstrakt

Istraživanja ukazuju da pored dimenzija ličnosti i stilova ranog vezivanja za roditelje u detinjstvu i disharmonični bračni odnosi mogu biti faktori rizika za razvoj depresije povezane sa roditeljstvom. U kliničkoj praksi zapaža se da sve veći broj parova dolazi na porodičnu terapiju u periodu tranzicije u roditeljstvo, kao i žena kojima je potreban medicinski tretman u periodu trudnoće i puerperijuma. Takav trend otvorio je mnoga etiološka, klinička i prognostička pitanja i dileme koje će biti predmet ovog rada. Ciljevi istraživanja su utvrđivanje povezanosti bazičnih dimenzija ličnosti, obrazaca emocionalne privrženosti u primarnoj porodici i percepcije kvaliteta partnerskog odnosa sa depresijom povezanom sa rođenjem deteta.

U istraživanju su primenjeni sledeći instrumenti: Bekov inventar depresivnosti (Beck i sar., 1961) (koristi se kao mera samoprocene nivoa depresivnih simptoma); NEO-PI-R (Costa i Mc Crae, 1992) (upitnik samoprocene za određivanje pet bazičnih dimenzija ličnosti: Neuroticizam, Ekstroverzija, Otvorenost, Saradljivost i Savesnost; Inventar odnosa sa roditeljima (Parker i sar., 1979) (meri stilove roditeljstva retrospektivnom procenom od strane ispitanika); Skala za procenu dijadne prilagođenosti (Graham i Spanier, 1974) (upitnik za procenu prilagođenosti u partnerskom odnosu kao jedan od aspekata kvaliteta bračne relacije).

Rezultati: na osnovu t testa nije utvrđeno postojanje razlike po grupama ni na jednom faktoru ličnosti između dveju grupa ispitanica. Na osnovu analize percepcije partnerskih relacija doživljaj partnerskih relacija u grupi depresija povezanih sa roditeljstvom je nešto bolji nego u grupi depresija nepovezanih sa roditeljstvom. Konkretnije, zadovoljstvo i doživljaj zajedništva bili su bolji u grupi depresija povezanih sa roditeljstvom, dok u proceni konsenzusa sa partnerom i međusobne razmene nije bilo razlika između grupa. Kada je u pitanju procena odnosa sa roditeljima u detinjstvu (pre 16. godine) dobijeni rezultati ukazuju da pacijentkinje čija je depresija povezana sa

roditeljstvom odnos sa majkom opažaju kao manje zaštitnički, dok oca opažaju kao više brižnog u odnosu na pacijentkinje čija depresija nije povezana sa roditeljstvom.

Zaključak: Rezultati našeg istraživanja ukazuju da ne postoje velike razlike po ispitivanim varijablama između žena koje iskuse depresiju u periodu roditeljstva i žena koje iskuse depresiju u periodu nevezanim za roditeljstvo što je u skladu sa nalazima mnogobrojnih studija.

Ključne reči: postpartalna depresija, perinatalna psihijatrija, rođenje deteta, emocionalna privrženost, partnerski odnos, dimenzije ličnosti

THE ROLE OF FAMILY AND PERSONALITY DIMENSIONS IN THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION ASSOCIATED WITH CHILDBIRTH

Abstract

Research studies indicate that apart from personality dimensions and styles of early parent-child ties marital disharmonious relationships may be risk factors for the development of depression associated to parenting. It is evident from clinical practice that an increasing number of couples seek family therapy in the period of transition to parenting, but also women who need medical treatment during the period of pregnancy and puerperium. This trend has opened numerous etiological, clinical and prognostic questions and dilemmas that will be the subject of the present research. The objectives of this research were to determine the connections between basic personality dimensions, patterns of emotional attachments in primary family and perceptions of the quality of partner relationships with depression associated with childbirth.

The following instruments were used: Beck's Depression Inventory (Beck et al, 1961) was used to measure self-assessment of the level of depression symptoms, NEO-PI-R (Costa and McCrae, 1992) self-descriptive questionnaire for measuring five basic personality dimensions: Neuroticism, Extraversion, Openness, Cooperativeness and Conscientiousness. The inventory of parental bonding (Parker, Tupling and Brown, 1979) was used to measure the styles of parenting by patients' retrospective assessment; the Dyadic Adjustment Assessment Scale (Graham Spanier, 1974) is the questionnaire for the assessment of adjustment in partner relationship as one of the aspects of the quality of marital relationship.

Results: Based on the t-test no difference was determined between the two groups of female participants according to any of personality factor. Based on the analyses of perception of partner relationships, the perception of partner relationships in the group of depressions associated with parenting is slightly better than among the group of depressions that are not associated with parenting. To be more specific, the satisfaction and perception of togetherness is better in the group of postpartum depressions, while according to the

assessment of the consensus with the partner and mutual exchange there is no difference between the groups. As far as the assessment of parent-child relations is concerned (prior the age of 16) the obtained results indicate that the group of female patients with postpartum depression perceive their relationships with their mothers as less protective, while the patients whose depression is not associated with parenting perceive their fathers as more attentive.

Conclusion:

The results of our research indicate that there are no major differences among the studied variables between women who experience depression in the period of parenting and women who experience depression during a period in life not associated with parenting, which is in conformity with findings of numerous studies.

Key words: postpartum depression, perinatal psychiatry, birth, attachment, partner relationship, personality dimensions

Sadržaj

1.	UVOD	11
1.1.	Postpartalna depresija	12
1.1.1.	Istorijat	12
1.1.2.	Dijagnoza postpartalne depresije u postojećim klasifikacionim sistemima.....	13
1.1.3.	Epidemiološki podaci.....	15
1.1.4.	Etiologija i faktori rizika	16
1.1.5.	Perinatalna psihijatrija i klinička slika postpartalne depresije	18
1.1.6.	Da li je postpartalna depresija zaseban klinički entitet?	21
1.1.7.	Posledice postpartalne depresije	23
1.2.	Partnerski odnosi, tranzicija u roditeljstvo i depresija	24
1.3.	Afektivno vezivanje	30
1.3.1.	Konceptualizacija i teorijska razmatranja afektivne vezanosti	30
1.3.2.	Razvoj stilova afektivnog vezivanja	31
1.3.3.	Transgeneracijski prenos afektivnog vezivanja, partnerske i porodične relacije.....	33
1.3.4.	Povezanost stilova afektivnog vezivanja i depresivnosti.....	38
1.4.	Uloga dimenzija ličnosti u razvoju postpartalne depresije	42
2.	CILJ ISTRAŽIVANJA	48
3.	METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	49
3.1.	Predmet istraživanja.....	49
3.2.	Varijable istraživanja	50
3.2.1.	Zavisne varijable.....	50
3.2.2.	Nezavisne varijable.....	50
3.3.	Instrumenti.....	50
3.4.	Hipoteze istraživanja	54
3.5.	Statistička obrada.....	56
3.6.	Sprovođenje istraživanja	56

4.	REZULTATI.....	57
4.1.	Opis uzorka.....	57
4.2.	Dužina trajanja relacija i razlike između grupa	62
4.3.	Depresija i razlike između grupa	62
4.4.	Petofaktorski model ličnosti i razlike između grupa	62
4.5.	Partnerske relacije i razlike između grupa	66
4.6.	Roditeljsko vezivanje i razlike između grupa.....	67
4.7.	Kanonička korelaciona analiza u diskriminaciji grupa pacijentkinja po značajnim varijablama	68
5.	Diskusija.....	70
5.1.	Uzorkovanje	71
5.2.	Depresija povezana sa roditeljstvom i dimenzije ličnosti	72
5.3.	Depresija povezana sa roditeljstvom i percepcija roditelja	75
5.4.	Depresija povezana sa roditeljstvom i partnerske relacije	76
6.	ZAKLJUČAK	79
7.	LITERATURA.....	81

1. UVOD

Trudnoća i razdoblje nakon porođaja predstavljaju jedan od perioda intenzivne promene u fizičkom, psihološkom i socijalnom funkcionisanju žene. Smatra se da su period trudnoće i period nakon porođaja razdoblja visokog rizika za pojavu depresije (O'Hara i sar., 1990; Augusto i sar., 1996; Eberhard-Gran, 2004). Činjenica je da postoji veća prevalenca depresivne simptomatologije kao i teškoće adaptacije na društvene okolnosti kod žena koje su trudne ili su rađale (Augusto i sar., 1996; Cox i sar., 1993; O'Hara i sar., 1990). Ranija istraživanja sugerisala su povećan rizik za depresiju u periodu puerperijuma. Puerperijum predstavlja period nakon porođaja, počinje gubitkom placentе, praćen je genitalnim i ekstragenitalnim promenama, kao i intenzivnim hormonskim promenama kojima se redukuju promene nastale za vreme trudnoće i porođaja, a u proseku traje oko 6 nedelja nakon porođaja. (Cox i sar., 1982; Kumar i Robson, 1984), naročito u prvih pet nedelja nakon porođaja (Cox i sar., 1993). Novije studije i na većim uzorcima ukazuju da je depresija češća u antenatalnom periodu, naročito poslednji trimestar trudnoće (Evans i Heron, 2001; Johanson i sar., 2000; Josefsson i sar., 2001). Donekle kontradiktorni nalazi istraživanja upućuju na potrebu daljeg ispitivanja ovog fenomena. Multifaktorijalnost poremećaja jedan je od razloga za sprovođenje svobuhvatnog istraživanja, kako bi se uočili pojedini etiološki činioci, specifičnosti u ispoljavanju i istažilo da li je postpartalna depresija zaseban psihopatološki entitet.

Kako ulazak u majčinstvo nije univerzalan fenomen, već može imati svoje kulturalne specifičnosti koje podrazumevanju očekivanja od uloge roditelja, implicitno utiče na doživljaj majke u odnosu na očekivanja od sebe i od okoline, dijadne i trijadne porodične relacije. Navedeno ima uticaj na psihičko zdravlje žene, a sistemsko sagledavanje problema potencira i uticaj na mentalno zdravlje deteta i supruga, što je empirijski potvrđeno u mnogobrojnim studijama (Murray i sar., 1993; Murray i sar., 1996; Poehlmann i Fiese, 2001; Tronick i Weinberg, 1997; Cox i sar., 1999; Cowan i Cowan, 1995; Helms-Erikson, 2001; Lawrence i sar., 2008). U kontekstu transgeneracijskog pristupa i sistemsko-porodične paradigme, mentalni poremećaj pozicioniramo u intrapsihički ali i interpersonalni kontekst, tj. simptom posmatramo kao neuspeh u adaptaciji porodičnog

sistema. Porodični emocionalni sistem oblikuje ponašanje deteta, kako relacija sa svakim roditeljem pojedinačno, tako i sa njihovim međusobnim odnosom. Konceptualizacija procesa procesa multigeneracijske transmisije sugerise da se određena disfunkcionalnost (u kontekstu psihijatrijske paradigme govorimo o mentalnom poremećaju) posmatra kao sumarni efekat porodičnih emocionalnih sistema kroz nekoliko generacija. U Srbiji do sada nisu sprovedena sveobuhvatna istraživanja postporođajne depresije u kontekstu značajnih relacija, niti u kontekstu određenih karakteristika ličnosti žena kod kojih je dijagnostikovana. Stoga je od velikog značaja ispitati fenomen postporođajne depresije u intrapsihičkom i interpersonalnom kontekstu.

1.1. Postpartalna depresija

1.1.1. Istorijat

Prvi podaci o psihičkim promenama kod porodilja datiraju iz helenističkog perioda, kada je Hipokrat prikazao slučaj porodilje koja je nekoliko dana po porođaju manifestovala znake uznemirenosti, insomnije, sa razvojem delirantnog stanja i kome koja se završila smrću, a opisane izmene su predstavljene kao abnormalno psihičko funkcionisanje (Butts, 1969). Sa razvojem medicinske nauke usledili su opisi psihičkih promena koje su vezivane za periode puerperijuma i laktacije (Jovičić i Pavićević, 2016).

Louis-Victor Marcé je 1858. godine prvi objavio rad u kojem pravi distinkciju između simptoma koji se javljaju u periodu nakon porođaja i laktacije i drugih kliničkih entiteta, ističući da pored određenih preklapanja, mentalni poremećaji u ovom specifičnom razdoblju imaju svoje specifičnosti koje se ne mogu usko vezati za promene u reproduktivnom razdoblju, tako da zaslužuju zasebnu dijagnostičku kategoriju (Robinson i Stewart, 1986).

Tek početkom XX veka stručna javnost prihvata potrebu kliničke prakse da se postpartalna depresije posmatra kao zaseban klinički entitet, sa određenim specifičnostima, različit u odnosu na druge mentalne poremećaje povezane sa depresivnim simptomima. Dijagnoza postpartalne depresije uvedena je 1994. godine u klasifikacioni sistem, sa

objavljivanjem IV izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (APA,1994). Proteklih dvadeset godina, sve je veći broj studija čiji je cilj da utvrde metode za efikasno, brzo i rano dijagnostikovanje simptoma depresije u trudnoći i nakon porođaja i osmisle efikasnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja trudnica i porodilja, mere prevencije i lečenja.

1.1.2. Dijagnoza postpartalne depresije u postojećim klasifikacionim sistemima

Klasifikacija puerperalnih poremećaja kao zasebnih nosoloških entiteta razmatrana je poslednjih decenija (Robling i sar, 2000). Postojeći klasifikacioni sistemi imaju izvesne razlike u pogledu kliničkog opisa i dijagnostičkih smernica na osnovu kojih klasifikuju postpartalne mentalne poremećaje.

Prema MKB-10 klasifikaciji mentalnih poremećaja (WHO,1992) koja se koristi u zdravstvu u Republici Srbiji i celom svetu izuzev SAD, mentalni poremećaji povezani sa puerperijumom klasifikuju se prema kliničkoj slici specifičnoj za određeni poremećaj, uz mogućnost da se doda sekundarni kod koji pojašnjava da je poremećaj povezan sa puerperijumom. Iako neki autori (O'Hara i Zekoski, 1988) smatraju da nema kvalitativne razlike u odnosu na druge oblike depresije, u kliničkoj praksi se naziv „postpartalna depresija“ često sreće kao zasebna dijagnoza. MKB-10 dozvoljava posebnu nosološku grupu „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi sa puerperijumom, koji nisu klasifikovani na drugom mestu“ (F53). U ovu kategoriju ubrajaju se postnatalna/postpartalna depresija, klasifikovana kao „Blagi mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi sa puerperijumom, koji nisu klasifikovani na drugom mestu“ (F53.0) i puerperilna psihoza, tj. „Teški mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi sa puerperijumom, koji nisu klasifikovani na drugom mestu“ (F53.1). Ova dijagnostička kategorija može se koristiti samo ako se poremećaj javlja u roku od šest nedelja (WHO, 1992). Pored toga, moguće je klasifikovati mentalne poremećaje vezane za razdoblje puerperijuma uz upotrebu dve šifre – kao prva stavlja se šifra F (iz poglavlja V), koja ukazuje na specifičan tip poremećaja (obično afektivnog), a druga je 099.3 (Mentalna oboljenja i oboljenja nervnog sistema, koja komplikuju puerperijum) iz MKB-10.

Dijagnostički i statistički priručnik o mentalnim poremećajima, Četvrto izdanje, Revizija teksta (DSM-IV-TR, APA 1980) dozvoljava upotrebnu specifikacije "sa postpartalnim početkom" prilikom dijagnostikovanja akutnog psihotičnog poremećaja, velike depresivne epizode i bipolarnog poremećaja (manične epizode, mešovite epizode sa psihotičnim karakteristikama i depresivne epizode), ako su se simptomi javili u periodu od četiri nedelje nakon porođaja. U najnovijem izdanju DSM-V (APA, 2013) došlo je do izmene u specifikovanju razdoblja kada se javlja depresivni ili bipolarni poremećaj. Kao specifične odrednice bipolarnog poremećaja i velike depresivne epizode, u DSM-IV-R koristila se specifikacija „s postpartalnim početkom“, dok DSM-V obuhvata period pre i nakon rođenja deteta, naslovljen “s peripartalnim početkom”. Smatra se da oko 50% postporođajnih depresija počinje sa pojavom simptoma još u trudnoći, tako da se te epizode zajedno označavaju kao peripartalne epizode. Uočeno je da žene sa peripartalnim velikim depresivnim epizodama često pokazuju anksioznost, pa i panične napade. Klasifikacioni sistem dopušta postavljanje dijagnoze ako su se simptomi javili tokom trudnoće ili unutar četiri nedelje nakon porođaja (APA, 2013). Međutim, postpartalni mentalni poremećaji mogu se manifestovati nedeljama posle prvog meseca ili šest nedelja nakon porođaja (Sharma i sar., 2015).

Perinatalna psihijatrija, pored postporođajne depresije, razlikuje i postpartalni blues ili postporođajnu tugu, kao najčešći sindrom postpartalnog raspoloženja, koja je definisana kao blagi i kratkotrajni poremećaj. Pored toga, veoma retko se javlja postpartalna psihoza koja predstavlja akutnu psihijatrijsku epizodu u postpartalnom periodu i nije klasifikovana kao posebna nozološka kategorija. Neki autori navode da je postpartalna psihoza zapravo manifestacija osnovnog poremećaja unutar bipolarnog spektra, dok je drugi vide kao zaseban psihopatološki entitet (Pfuhmann i sar., 1998). Često psihotični poremećaji u puerperijumu manifestuju predominantno kliničku sliku afektivnih poremećaja.

Postojeća klasifikacija sužava spektar psihopatologije na poremećaje vezane za period nakon porođaja, ali ne omogućava da se putem sekundarnih kodova pruže dodatne karakteristike poremećaja, koji mogu biti veoma raznoliki.

Pored poremećaja afektivnog spektra, u periodu puerperijuma uočene su i druge kliničke manifestacije. Tako je Brockington (2004) napravio klasifikaciju post-porođajnih poremećaja kojom je obuhvatio sledeće: psihotični poremećaji, depresija, poremećaj odnosa majka-dete i specifični sindromi (bizarne preokupacije, posttraumatski stresni poremećaj i sl.). Potrebno je naglasti, međutim, da su mnoge promene u psihičkom funkcionisanju uočene pre porođaja, još u trudnoći, čime ova klasifikacija nije na sveobuhvatan način sagledala perinatalne mentalne poremećaje. Dakle, dostupni klasifikacioni sistemi, iako usavršeni i dalje stvaraju ograničenja u dijagnostikovanju perinatalnih mentalnih poremećaja.

1.1.3. Epidemiološki podaci

Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj povezan sa trudnoćom. Pored depresije sreću se i neurotski poremećaji (panični i opsesivno kompulsivni poremećaj) kao i poremećaji ishrane (Bar-Shai i sar., 2015; Abramowitz i sar., 2003; Blais i sar., 2000). Procenjuje se da između 10% i 15% novih majki doživi depresivnu epizodu u periodu dve nedelje nakon porođaja (O'Hara i Swain, 1996; Onunaku, 2005; van Bussel, 2006). Ovaj procenat je izraženiji kod mladih majki adolescentkinja oko 26% (Troutman i Cutrona, 1990). Blaže izražene promene u raspoloženju, tzv. postporođajni bluz, uočavaju se kod 50-75% žena u postpartalnom periodu. Istorija velike depresivne eizode povećava rizik za postpartalnu depresiju za 25%, dok pojava ove depresije povećava rizik od relapsa do 50% (Henshaw, 2003). Približno 12% smrti majki u toku trudnoće ili u toku prve godine nakon porođaja povezano je sa psihijatrijskim poremećajima, a od toga je čak 10 % posledica suicida. Veoma mali broj žena doživi psihotičnu epizodu. Prevalenca puerperalne psihoze kreće se u rasponu od 1 na 500 do 1 na 1000 porođaja (i češća je kod prvorođajkinja). Stope relapsa su visoke za osobe koje su već ranije imale dijagnostikovan neki od psihotičnih poremećaja, najčešće bipolarni poremećaj (naročito tip I), psihotičnu depresiju i shizofreniju (Kendell i sar., 1987; McNeil, 1987). Ranije prisutne postporođajne psihotične epizode uvećavaju rizik za pojavu nove epizode nakon sledećeg porođaja za čak za 30 do 50%. Pored toga, kao faktor rizika navodi se porodična anamneza bipolarnog poremećaja.

Neka istraživanja ukazuju da su simptomi depresije izraženiji u antenatalnom periodu, da su izraženiji između 18. i 32. nedelje trudnoće nego u razdoblju između 32. nedelje trudnoće i 8 nedelja nakon porođaja (Evans i Heron, 2001; Johanson i sar., 2000; Josefsson i sar. 2001).

Klinička praksa pokazuje da, u velikom broju slučajeva, mentalni poremećaji u perinatalnom razdoblju neretko ostaju neprepoznati i neadekvatno se leče. (Marcus i sar., 2003). Stoga je sve veći broj studija usmeren na simptome anksioznosti i depresivnosti pre porođaja, kako bi se prevenirao njihov razvoj u postpartalom razdoblju.

1.1.4. Etiologija i faktori rizika

Smatra se da je nastanak postpartalnih poremećaja multifaktorijalan, a sam uzrok nije poznat. Pored genetske predispozicije, naglih hormonskih promena, značajnu ulogu imaju i psihosocijalni činioci.

Složenost poremećaja sugerise da epigenetski faktori imaju značajnu ulogu u razvoju poremećaja. Genetička osnova stvara predispoziciju za razvoj depresije, a razne hipoteze pokušavaju da objasne njihov nastanak. Među različitim uzročnicima, hereditet ima veliku ulogu u razvoju afektivnih poremećaja. U skladu sa tim su podaci prema kojima je oko 42% žena sa hereditarnim opterećenjem za potpartalni poremećaj razvilo postpartalnu depresiju, naspram 15% pacijentkinja koji nemaju poremećaj u porodičnoj anamnezi (Forty i sar., 2006).

Fiziološke promene nakon porođaja su postupno smanjivanje uterusa i vagine na veličinu pre trudnoće, uspostavljanje laktacije kao i obnavljanje uterusa i endometrijuma. U toku trudnoće dolazi do porasta nivoa estrogena i progesterona i njihovog naglog smanjivanja nakon porođaja. Izbacivanjem placente koja luči estrogen, nivo estrogena naglo opada (Nott, 1976). Estrogen vrši uticaj na monoaminergički sistem, prvenstveno na serotonin i dopamin, neurotransmitere koji se povezuju sa razvojem poremećaja raspoloženja.

Mnoge studije ukazuju na postojanje određenih predisponirajućih faktora za razvoj poremećaja raspoloženja u trudnoći (Chaudron i sar., 2013; Grigoriadis i sar., 2013; (Sharma i sar., 2015).

Psihosocijalni faktori povezani sa postpartalnom depresijom su mnogobrojni i mogu se grupisati u nekoliko kategorija (Sharp i Lipsky, 2002): *faktori vezani za zdravstveno stanje majke i novorođenčeta* (porođaj koji je bio izuzetno bolan ili sproveden carskim rezom, ili sa porođajnim ili postporođajnim komplikacijama, kod majki čija su deca rođena sa malformacijama ili čije je zdravstveno stanje ugroženo);, *mentalno zdravlje trudnice/porodilje* (izraženi simptomi depresivnosti i anksioznosti tokom trudnoće; postojanje poremećaja raspoloženja ili nekog drugog mentalnog poremećaja u ranijoj istoriji, sa posebnim rizikom su majke koje su ranije imale epizodu postpartalnog poremećaja; prisustvo predmenstrualnog disforičnog poremećaja; rana istorija seksualnog zlostavljanja i/ili nedovoljna roditeljska briga; istorija zloupotrebe psihoaktivnih supstanci; organski poremećaji);, *hereditarno opterećenje* (porodična istorija depresije, naročito postpartalne depresije);, *traumatizacija* (hronični stres i traumatska iskustva u trudnoći, prethodne izgubljene trudnoće);, *socioekonomski činioci* (prvorotkinja, samohrane majke, neplanirana/neželjena trudnoća, niži socioekonomski status, nisko obrazovanje, godine starosti trudnice);, *vulnerabilnost ličnosti* (poremećaji ličnosti, negativni kognitivni stil, nisko samopoštovanje trudnica i porodilja);, *porodične relacije* (disfunkcionalne partnerske relacije i izostanak socijalne podrške, naročito supruga).

Nisko samopoštovanje pokazalo se kao značajan provokirajući faktor za razvoj depresivnosti i anksioznosti u sva tri trimestra trudnoće. U tom smislu praćenje trudnica je od velikog značaja. Psihoterapijske intervencije koje su sumerene na jačanje samopoštovanja pokazale su se kao važan vid prevencije (Austin, 2003; Lee i sar., 2007).

Neželjena trudnoća predstavlja značajan faktor za razvoj depresije i povećava rizik u prvom trimestru za oko šest puta. Značaj ovog stresa opada tokom vremena, ali prihvatanje realnosti nosi sa sobom predispoziciju za razvoj depresije u drugom i trećem trimestru trudnoće. Uspostavljanje funkcionalnije veze sa fetusom adekvatnije je uz

prihvatanje nastale situacije (Lee i sar., 2007). Istorija uzimanja alkohola jedan je od značajnih provocirajućih faktora koji su prisutni u sva tri trimestra trudnoće.

Konsumiranje alkohola praćeno je nizom drugih bihevioralnih i psiholoških poremećaja. Moguće je da žene sa istorijom alkoholizma imaju i čitav niz drugih neprepoznatih poremećaja što ih čini sklonijim razvoju anksioznosti i depresije (Austin, 2003; Lee i sar., 2007).

Raniji psihijatrijski poremećaji, kao što su depresija ili anksioznost predstavljaju važan faktor rizika. Pokazano je da je 43% žena koje su i ranije imale depresiju imalo i depresivne epizode u trudnoći koja je povezana sa zlostavljanjem ili nedovoljnom roditeljskom brigom u sopstvenom detinjstvu, negativnim kognitivnim stilom i prethodno izgubljenim trudnoćama (Austin, 2003; Lee i sar., 2007). Pored toga, osobe koje su tokom trudnoće ispoljavale promene u raspoloženju, simptome anksioznosti i depresije, imaju veći rizik od razvoja kliničke slike velikog depresivnog poremećaja nakon porođaja.

Neslaganje u braku i neadekvatnost dobrog odnosa sa partnerom takođe predstavlja faktor rizika za nastanak depresivnog poremećaja u trudnoći (Rahman, 2007; Divney, 2012). Neka istraživanja ukazuju da su prevremeno rođenje deteta i zdravstveni problemi novorođenčeta povezani sa pojavom postpartalne depresije (Kumar i Robson, 1984), dok se antenatalna depresija češće javlja kada postoje disharmonični bračni odnosi (Johanson i sar., 2000). Socijalna podrška porodice (prvenstveno supruga), prijatelja i medicinskog osoblja, može biti značajan protektivni faktor i umanjiti rizik od pojave postpartalne depresije (Ngai i Ngu, 2012).

1.1.5. Perinatalna psihijatrija i klinička slika postpartalne depresije

Perinatalna psihijatrija ukazuje na nekoliko psihopatoloških fenomena vezanih za period trudnoće i nakon porođaja, čije je glavno obeležje afektivna simptomatologija. U daljem tekstu biće opisani postpartalni poremećaji koji mogu prethoditi pojavi postpartalne depresije ili uslediti nakon progresije afektivnih simptoma.

Raniji postpartalni poremećaji su u MKB-10 klasifikovani kao: prolazna postporođajna tuga (tzv. postpartalni ili baby blues), postpartalna depresija i postpartalna psihoza.

Postpartalni bluz (PB) ili postporođajna tuga predstavlja period emocionalne labilnosti nakon porođaja, karakterisan čestim epizodama plača, razdražljivosti, zbunjenosti i uznemirenosti. Ponekad je teško razlikovati pojednine simptome depresije kao što su promene u ritmu spavanja i apetitu kao i nedostatak energije, od promena koje su uobičajene za period nakon porođaja. Većina žena iskusi blage promene raspoloženja, što je izraženije u zapadnim zemljama zbog nedostatka podrške okruženja, pre svega porodice, tako da se ovaj oblik izmenjenog mentalnog funkcionisanja javlja kod oko 40-85% porodilja (O'Hara i Wisner, 2014). Simptomi nastaju u prvih 10 dana nakon porođaja i razvijaju se u punom obimu nakon oko 3–5 dana. Najveći broj porodilja inicijalno manifestuje preosetljivost, potištenost, a u narednih nekoliko dana mogu se javiti epizode plakanja, promene u raspoloženju, sniženo raspoloženje, prenaplašene emocionalne reakcije i teškoće u kognitivnom funkcionisanju (distraktibilnost, oslabljena pažnja, konfuznost i zaboravnost) (Pitt, 1973). Neke majke pokazuju periode ushićenja i disforničnog raspoloženja. U najvećem broju slučajeva psihosocijalno funkcionisanje se odvija nesmetano, a ispoljene zdravstvene tegobe ne zahevaju medicinski i farmakološki tretman, već je naglasak na psihosocijalnim intervencijama u cilju osnaživanja porodičnih resursa i dobijanja potrebne podrške. Pojava oscilacije raspoloženja može se pripisati hormonskim promenama nakon porođaja, progesterona i estrogena koji utiču na nivo serotonina. Međutim, kada opisani simptomi perzistiraju više od 2 nedelje, žene mogu razviti teže poremećaja raspoloženja (Sharma i sar., 2015). Jedna studija pokazala je da izražene pozitivne ili negativne promene raspoloženja u prva tri dana nakon porođaja koreliraju sa pojavom PB, kao i da tada manifestovani simptomi mogu biti prediktor za razvoj kliničke slike depresije u narednom periodu od 6 do 12 nedelja (Miller i sar., 2017). Povišeno raspoloženje i ushićenost u prvoj nedelji nakon porođaja, takođe može biti prediktor razvoja depresije u narednim mesecima (Glover i sar., 1994; Hannah, 1993). U skladu sa opisanim promenama je značajan podatak istraživanja Hapgood-a i saradnika,

koje je pokazalo da je emocionalna labilnost značajan prediktor postpartalne depresije (Hapgood, 1988). Pored toga, veliki broj žena koje su izveštavale o postojanju promena u raspoloženju, u anamnezi su imale depresivni poremećaj ili određena traumatska iskustva.

Postpartalna depresija (PPD) je najčešći mentalni poremećaj u postpartalnom periodu. Početak može da varira od nekoliko dana do nekoliko nedelja nakon porođaja, (najčešće počinje u prvom tromesečju nakon porođaja). Razlikuje se od postporođajnog bluzi u intenzitetu i trajanju. PPD je prolongirano osećanje tuge koje traje dve nedelje ili duže. Intenzitet i dužina trajanja simptoma mogu značajno da variraju. U pogledu kliničkih simptoma, PPD je generalno teško razlikovati od depresije koja se dešava u bilo kom drugom životnom razdoblju (sličnosti i razlike će biti razmatrane zasebno). Klinička slika PPD može biti praćena i simptomima anksioznosti (Miller i sar., 2017), uz gore navedene pojave. Najčešće se javlja mešavina simptoma anksioznosti i manje tipičnih simptoma depresivnosti. Javljaju se neki od sledećih simptoma: doživljaj bespomoćnosti, sniženo samopouzdanje, ideje krivice i doživlja neadekvatnosti u brizi za novorođenče, preokupiranost zdravljem, tuga, nemogućnost opuštanja, iscrpljenost, nedostatak energije, osećaj praznine, povlačenje iz socijalnih odnosa, snižena tolerancija na frustraciju i iritabilno raspoloženje praćeno osećanjem ljutnje prema drugima, povećana anksioznost ili panični napadi, teškoće u spavanju i ishrani, smanjena potreba za seksom. Ono što je specifično za PPD u odnosu na druge depresije su negativne misli u vezi sa novorođenčecom. Navedeno se manifestuje kao osećanje krivice i/ili doživljaj vlastite neadekvatnosti u pogledu brige i staranja o bebi i stalna preokupacija detetom. Praćeno je konfuznošću u mišljenju i ponašanju, sa sržnim uverenjem da nisu dobre majke, što sa razvojem kliničke slike i neuvremenjenim intervencijama može bitno uticati na odnos sa novorođenčecom. Iako je prognoza postpartalne depresije povoljna, kod većine žena s pojavom postpartalnih disfunkcionalnosti povećana je verovatnoća psihijatrijskog morbiditeta u daljem životu (Lee i sar., 2007).

Treći najređi i najteži oblik postpartalnih mentalnih poremećaja predstavlja *postpartalna psihoza* (PP). PP ima akutni i nagli početak, koji se obično manifestuje u roku od 2 do 4 nedelje, a najviše do 3 meseca nakon porođaja. Psihoteična simptomatologija se

razvija veoma brzo, u roku od nekoliko dana, a veoma često prethode simptomi iz poremećaja afektivnog spectra (Buesching i sar.,1986). Klinička slika je raznovrsna i složena. Kao prvi manifestni znaci uočavaju se promene u raspoloženju i nemir, a nakon 2-3 dana od pojave prvih simptoma postaju vidljivi okruženju. Javljaju se promene u raspoloženju i ponašanju, sumanute obrade realnosti – paranoidne, grandiozne, ili bizarne ideje, ideje krivice, nekada praćene slušnim halucinacijama, promene raspoloženja, dezorganizovano mišljenje i govor, preterana aktivnost i agitacija. Ponašanje je najčešće upadljivo drugačije u odnosu na prethodno funkcionisanje. Posleporođajne epizode sa psihotičnim obeležijima treba razlikovati od delirijuma koji se karakteriše sniženim stepenom svesti i pažnje. Ponekad su sumanute ideje vezane za novorođenče, na primer da beba ima posebnu moć, da je božanska, ili da je mrtva. Infanticid i samoubistvo uočeni su kod 4% i 5% žena koje su imale PP (Spinelli, 2009). Čedomorstvo je najčešće povezano sa postpartalnim psihotičnim epizodama koje su najčešće obeležene imperativnim halucinacijama da se detetu naudi, da se ubije, ili sumanutim idejama da je dete opsednuto. Samoubistva majki čine do 20% svih smrtnih slučajeva nakon porođaja (Meltzer-Brody, 2010). Psihotični simptomi se mogu javiti i u teškim postpartalnim epizodama vezanim za raspoloženje, bez posebno izraženih sumanutih misli i halucinacija (APA, 2013). Tokom kliničkog intervjua od posebne je važnosti obratiti pažnju na suicidalne i infanticidne misli. Psihoza u puerprijumu uglavnom ima dobru prognozu ako je pravovremeno i adekvatno medicinski tretirana. Nešto lošiju prognozu imaju shizoafektivne forme poremećaja. Ovaj oblik mentalnog poremećaja svakako zahteva urgentan medicinski tretman, primenu farmakoterapije a često je neophodno i hospitalno zbrinjavanje.

1.1.6. Da li je postpartalna depresija zaseban klinički entitet?

Postavlja se pitanje da li je PPD različita od depresije u bilo kom drugom periodu života, u pogledu specifičnosti simptoma, rizika za pojavu poremećaja, dijagnostikovanja i tretmana.

Istraživanja koja porede postpartalnu depresiju i depresiju nevezanu za postpartalni period su veoma retka. Uočava se da je kod 10-15% porodilja teško razlikovati

dijagnostičke kriterijume u odnosu na bilo koju drugu depresivnu epizodu koju karakteriše sveprisutno depresivno raspoloženje, poremećaji sna i apetita, pad energije, uznemirenost i suicidalne ideje (Sharma i sar., 2015). Studije na velikim uzorcima, u kojima su upoređivane depresivne porodilje i depresivne žene koje nisu rađale, ukazuju da ne postoji povećan rizik za pojavu depresije u postpartalnom periodu u odnosu na bilo koje drugo razdoblje. Kada se kontrolišu sociodemografske karakteristike i istorija prethodnog depresivnog poremećaja, verovatnoća za pojavu depresije je 1,52. (Cooper i sar., 1988, O'Hara, 1990).

Ne treba zanemariti ni činjenicu da je depresija poremećaj koji se javlja češće kod žena (Eaton i sar., 2012), kao i da veliki broj žena rađa u periodu koji može koincidirati sa prirodom i tokom bolesti, tj. starosnim dobom kada se najčešće manifestuju prvi simptomi afektivnih poremećaja.

Uočava se, međutim, da je postpartalna depresija slabija u intenzitetu i trajanju u odnosu na depresivni poremećaj generalno. Broj blagih depresivnih epizoda je veći u razdoblju nakon porođaja, u odnosu na intenzitet depresivnih epizoda u celini (blage, umerene, teške). Više od polovine depresivnih epizoda u postpartumu zadovoljava kriterijume za blagu depresivnu epizodu, a mali broj za veliki depresivni poremećaj (Whiffen, 1991). Pored toga, simptomi se povlače nakon nekoliko meseci, kod manjeg broja žena traju do godinu dana, dok istraživanja pokazuju da oko četvrtina depresivnih epizoda kod nehospitalizovanih depresivnih pacijenata imaju tendenciju da traju godinu dana i duže (Whiffen, 1991).

Simptomi koji se ispoljavaju u postpartalnoj depresiji su donekle atipični, predstavljaju mešovitu sliku, sa više simptoma anksioznosti i razdražljivosti, praćeno idejama krivice, sa manje depresivnih simptoma u odnosu na nepostpartalne depresije, kao i manje suicidalnih ideja (Pitt, 1968). Neki autori sugerišu da je pojava simptoma depresivnosti u trudnoći jednako rizična kao postojanje anksioznosti za razvoj PPD, sugerišući potrebu redefinisavanja dijagnostičke kategorije i predlažu naziv „postnatalni poremećaji raspoloženja“ (PPR) (Matthey i sar., 2003).

Istraživanja ukazuju da su žene koje su ranije imale promene raspoloženja i depresivne epizode, kao i žene sa traumatskim iskustvima u većem riziku da razviju PPD. Pored toga, žene koje razviju PPD kasnije su vulnerabilnije na afektivne poremećaje (Kendell i sar.,1987; McNeil, 1987; Henshaw, 2003). U prilog tome govori dobro kontrolisana studija (O'Hara, 1990) čiji rezultati ukazuju da je 80% žena sa PPD razvilo novu depresivnu epizodu u narednih 5 godina. Mnogi simptomi depresivnosti i anksioznosti uočavaju se još u trudnoći (Evans i Heron, 2001; Johanson i sar., 2000; Josefsson i sar., 2001; Bar-Shai i sar., 2015). Postavlja se pitanje da li je depresija ispoljena u postpartumu zapravo afektivna simptomatologija kao reakcija na nemogućnost prilagođavanja na period trudnoće i materinstva, kao i da li ove žene odlikuju neke specifične osobine ličnosti i teškoće u relacionim odnosima, koje bi rasvetlile manifestovanje afektivnih promena u periodu koji je najčešće stresan i zahteva adaptaciju.

Pored opisanih empirijskih podataka koji ukazuju da se karakteristike depresije povezane sa rođenjem deteta ne razlikuju mnogo od karakteristika depresija nastalih u sadejstvu neke druge vrste stresora, važnost ispitivanja, prevencije i praćenje depresije povezane sa rođenjem deteta su od izuzetne važnosti zbog uticaja depresije na tok trudnoće i puerperijuma kao i na plod i novorođenče.

1.1.7. Posledice postpartalne depresije

Postojanje depresivnosti kod majke i psihološki stres mogu negativno uticati na odnos majke i deteta (Murray i sar.,1993; Murray i sar., 1996; Poehlmann i Fiese, 2001; Tronick i Weinberg, 1997). Kod depresivnih majki uočena je snižena rasponzivnost na detetove potrebe i manji kvalitet brige o deci (Rahman, 2004). Pored toga, mentalni poremećaj roditelja kao što su shizofrenija i depresija povezan je sa razvojem nesigurnog obrasca privrzanosti. Uočeno je da su deca anksioznih majki razvijala nesigurne obrasce privrženosti u 80% slučajeva (Greenberg, 1999). U kontaktu sa depresivnom majkom bebe na najranijem uzrastu mogu da stvore specifičan stil ponašanja, koji se prenosi i na druge interakcije, sa osobama koje nisu depresivne (na primer pokazuju niži nivo aktivnosti) (Field, 1988). Majke koje su u izmenjenom psihološkom funkcionisanju u periodu

puerperijuma, mogu imati teškoće da budu reflektivne i osjetljive za potrebe deteta, što može biti povezano sa dugoročnim štetnim posledicama u kognitivnim, adaptivnim i bihevioralnim domenima i rezultirati razvojem nepoverenja i vulnerabilnosti deteta u kasnijem životu. Sposobnost majke da mentalizuje svoja rana iskustva i vezu sa svojom majkom (ili negujućim drugim) utiče na formiranje privrženosti sa bebom (Main i sar., 1985). Negativne rane internalizovane predstave i nepovoljna emocionalna iskustva majke nepovoljno utiču na razvoj sigurne vezanosti sa novorođenčetom (Fonagy i sar., 1991; Goldberg i sar., 2003; Huth-Bocks i sar., 2004).

1.2. Partnerski odnosi, tranzicija u roditeljstvo i depresija

Razvoj svakog od članova i porodice u celini odvija se kroz faze stabilnosti i promene, koje se celoživotno smenjuju kroz različite životne cikluse. Simptomi disfunkcionalnosti sistema se najčešće manifestuju u prelomnim tačkama razvoja koje predstavljaju razvojnu krizu, tj. očekivani događaj koji iziskuje izvesne promene u porodičnom sistemu.

Uprkos sociokulturiloškim promenama koje su uticale da postmoderno shvatanje porodice afirmiše individualnost i zajedništvo, značaj otvorene komunikacije, podelu uloga na osnovu sposobnosti i preferencija, ekonomsku jednakost i ne potencira nužnost reproduktivne funkcije, tranzicija u roditeljstvo (prelazak iz faze životnog ciklusa početne porodice u porodicu sa malim detetom) donosi najviše promena u odnosu na druge faze životnog ciklusa (Knauth, 2001). Konflikti nastali iz roditeljstva udruženo sa krizom partnerstva predstavljaju jedan od najčešćih razloga za dolazak na porodičnu terapiju (Dragišić Labaš, 2014). Radi se o dve uzajamno povezane pojave. Partnerski odnos može bitno uticati na kompetentnost i savladavanje izazova roditeljstva, kao što nova životna kriza kao što je dolazak novog člana bitno menja odnos između supružnika. Međutim, neće se kod svakog bračnog para pojaviti teškoće u odnosu, nemogućnost da iznađu rešenja, niti će svaki disharmoničan odnos i kriza roditeljstva biti praćeni pojavom depresije (Clayton, 1975).

U kontekstu porodičnih relacija, razvoj i disfunkcionalnost možemo posmatrati kroz višedimenzionalan pristup. Depresija kod majki može se javiti u kontekstu očekivanog životnog ciklusa, ali i nekih neočekivanih, akcidentalnih kriza. Partnerski odnos i depresivnost majke možemo posmatrati kroz razvojnu, tj. *horizontalnu dimenziju* (Main i sar., 1985) koja podrazumeva prelazak u različite životne cikluse, sa specifičnim razvojnim zadacima u pogledu (re)uspostavljanja novih uloga, pravila, granica, prioriteta, oblika ponašanja, revidiranja postojećih uverenja, uspostavljanje moći i rebalansiranje snaga zajedništva i individualnosti. Kao i u drugim životnim ciklusima, u fazi životnog ciklusa porodice sa malim detetom postoje praktični, emocionalni i relacioni zadaci. Praktični zadaci (Divney i sar., 2012) podrazumevaju reuspostavljanje u domenu raspodelu uloga, obaveza i odgovornosti u različitim domenima. Neki od njih su organizacija domaćinstva i podizanje deteta (prihvatanje novih obaveza takođe može uticati na preraspodelu uloga, odnos moći, rebalansiranje uverenja) i obezbeđivanje materijalnih sredstava za život. Problemi u porodičnoj organizaciji i (re)uspostavljanje pravila življenja, konkretno najviše izraženi oko nemogućnosti preuzimanja odgovornosti oko deteta, mogu imati veliki uticaj na partnerski odnos. Osnovni emocionalni zadatak je prihvatanje novog člana i formiranje afektivne veze sa detetom i kontinuirana briga za njegove fizičke i emocionalne potrebe. Relacioni zadaci podrazumevaju održavanje postojećih socijalnih odnosa i uloga (održavanje bračne/vanbračne relacije, ali i izvan porodice prokreacije, integracija sopstvenih roditelja u sistem, rebalansiranje odnosa sa prijateljima, kolegama), uz istovremenu integraciju novih uloga, postavljanje novih prioriteta i obrazaca ponašanja, raspodela autoriteta i moći (Fridman i Kombs, 1996).

Pored toga, u razvojnoj fazi rođenja deteta, mogu se javiti neočekivani događaji koji utiču na porodične relacije i iziskuju dodatne resurse. Bitan faktor koji otežava tranziciju iz jednog ciklusa u narednu životnu fazu je nepredvidivost životnog događaja (Divney i sar., 2012). Stoga, ne treba da iznenadi podatak da je prevalenca poremećaja veća kod majki adolescentkinja (Troutman i Cutrona, 1990), čije su trudnoće uglavnom neplanirane, tako da su nepripremljene za nove uloge. U prilog tome da nepredvidivi događaji utiču na nesmetan razvoj porodičnih životnih ciklusa govore podaci da preuranjeni i težak porođaj

može kompromitovati uspostavljanje sigurnog obrasca afektivne vezanosti (Greenberg 1999; Mangelsdorf i sar., 1996; Wille, 1991), kao i da je postpartalna depresija češća kod majki prevremeno rođene dece i/ili sa zdravstvenim problemima (Kumar i Robson, 1984).

Porodaj predstavlja biopsihosocijalni fenomen u kojem se događaju promene, kako za majku, tako i za porodični sistem u celini (Knauth, 2001). U prilog intenzitetu promena koji iziskuje novi životni ciklus, govore podaci da je pojava depresije učestalija kod žena koje se prvi put susreću sa trudnoćom i majčinstvom (O'Hara i Swain, 1996; Onunaku, 2005; van Bussel, 2006). Istraživanja pokazuju da se prelazak u životni ciklus osobe sa malim detetom može negativno odraziti na partnerski odnos (Cox i sar., 1999; Cowan i Cowan, 1995; Helms-Erikson, 2001; Lawrence i sar., 2008). Pored toga, uspostavljena partnerska relacija, (ne)uspešan način prevazilaženja ranijih faza životnog ciklusa, kao i naši unutrašnji modeli, imaju kumulativni efekat na načine prevladavanja novih životnih faza. U trenutku jedne od najznačajnijih životnih prekretnica, sve navedeno modeluje percepciju nove uloge, uspostavljanje trijadnog odnosa i interakcije sa detetom, formirajući subjektivni doživljaj dobrobiti.

Rezultati longitudinalne studije koju je sproveo Knauth (Knauth, 2001) ukazuju da je prvo roditeljstvo period intenzivnih promena i za očeve i za majke, da je u skladu sa tim niži stepen zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem, kao i da je doživljaj kompetentnosti u roditeljskoj ulozi povezan sa zadovoljstvom u porodičnim relacijama, što je izraženije kod žena. Kod majki se uočava veći stepen stresa, a uloga zadovoljstva brakom pokazala se kao značajnija kod majki nego kod trudnica (Reić Ercegovic, 2011). Može se pretpostaviti da povećani zahtevi adaptacije u tranziciji u roditeljstvo predstavljaju poseban izazov u održavanju ravnoteže zajedništva i individualizacije, koja se u funkcionalnim sistemima održava u periodima stabilnosti. Pojava ranih simptoma anksioznosti i depresije u antenatalnom periodu direktno utiču na postpartalni roditeljski stres (Misri i sar., 2010) i povezuje se sa disharmoničnim partnerskim odnosom (Johanson i sar., 2000). Neki autori govore da psihološke i medicinske rane intervencije mogu sprečiti pojavu antenatalne

anksioznosti, što smanjuje rizik za nastanak postpartalne depresije (Pleš, 2016). U studiji Misri i saradnika (Misri i sar., 2010) žene praćene tokom trećeg tromesečja trudnoće i u tromesečnom i šestomesečnom intervalu nakon porođaja, pokazano je da primena psihofarmaka u antenatalnom periodu nije imala pozitivan učinak. Navedeno sugerise potrebu da se problem sagleda sveobuhvatno, kao i da pored eventualne primene psihofarmakoterapije, postoji potreba za psihosocijalnim i psihoterapijskim intervencijama u cilju prevencije i pomoći porodici da savlada izazove roditeljstva.

U cilju rasvetljavanja prikazanih empirijskih podataka, treba napomenuti činjenicu da se disfunkcionalnost manifestuje u tranzicionim tačkama kada nisu razrešeni razvojni zadaci iz prethodnih životnih ciklusa (Divney i sar., 2012). Tako, na primer, kod žena koje su postale majke u adolescenciji dolazi do preklapanja dve razvojne faze – porodice sa adolescentom i formiranje nove porodice, dolazi do kumulacije stresora, što se može odraziti na manifestovanje afektivnog poremećaja nakon porođaja. Pored toga, ako bračni par nije savladao zadatke u fazi zasnivanja porodice, tj. braka, to bitno otežava savladavanje naredne razvojne faze, naročito kod mladih bračnih parova kod kojih dođe do paralelnog odvijanja ovih faza zbog neplanirane trudnoće i brzog zasnivanja porodice (Lee i sar., 2007). Postoji mogućnost da bračni partneri imaju teškoće u savladavanju ovih zadataka, tako da se roditeljstvo superponira na postojeće neadekvatne ponavljajuće pokušaje para da reši problem. Sa usložnjavanjem relacija dolaskom novog člana, dolazi do eskalacije problema u vidu depresije čija je pojava učestalija kod parova sa disharmoničnim odnosima (Johanson i sar., 2000). Kroz praktičan rad sa parovima, depresivnost kod majki stavljamo u relacioni kontekst, odnosno različite funkcije koje ima – nemogućnost da se savladaju novi razvojni zadaci i zauzimanje pozicije nemoći, pokušaj da se reguliše odnos sa partnerom, strah od promene i nemogućnost da se napuste rešenja koja u novoj životnoj fazi nisu efikasna. Roditeljstvo je turbulentna životna faza, ali i potencijal za promenu, tako da otvara mogućnost za revidiranje rešenja koja su do dolaska trećeg člana možda bila funkcionalna (Spinelli, 1997).

Empirijski nalazi izdvajaju faktore vulnerabilnosti za pojavu postpartalne depresije a koji su identifikovani još u trudnoći – problemi u raspoloženju kod oba partnera,

disfunkcionalna partnerska relacija, izostanak socijalne podrške, teškoće u redefinisaju socijalnih uloga (Morse, 2000). Uočeno je da su navedeni faktori rizika povezani sa homeostatskim procesima porodice kao sistema i da interakcije i obrasci ponašanja imaju udela na manifestaciju depresivnih simptoma (Spinelli, 1997). U prilog tome govori podatak da je stopa depresije veća kod muškaraca čije su partnerke doživele postpartalnu depresiju (Goodman, 2004). Posmatrano kroz koncepte teorije sistema, promena kod jednog člana menja celokupan sistem i utiče na sve druge članove pojedinačno. Stoga je od važnosti da određena psihopatološka ispoljavanja stavimo u relacioni kontekst, posmatramo karakteristike pojedinaca i još važnije, karakteristike sistema u celini. Važno je i razmotriti raspoloženje i kvalitet odnosa oba partnera i sprovesti rane terapijske intervencije kako bi se prevenirala ili smanjila mogućnost za pojavu depresije u postpartalnom periodu (Pleš, 2016).

Longitudinalno istraživanje (Matthey i sar., 2003) sprovedeno na parovima koji su očekivali rođenje prvog deteta, pokazalo je da različite porodične relacije imaju veći ili manji uticaj u zavisnosti od toga u kojim tranzicionim tačkama posmatramo prilagođavanje. Tako se odnos sa porodicama porekla oba partnera pokazao značajnim u ranom periodu adaptacije na nove uloge (u okviru šest nedelja nakon porođaja), dok je kasnija adaptacija (godinu dana nakon rođenja deteta) bila povezana s kvalitetom partnerskog odnosa.

Posmatrano kroz istorijsku, tj. vertikalnu dimenziju (Hall i Greene, 1994), ženin doživljaj sebe u novonastalim promenama obojen je eksplicitnim i implicitnim stavovima kulturalnog miljea iz kojeg potiče. Kako je porodica osnovna ćelija društvenog sistema, kulturalno specifični stavovi i očekivanja vezani za materinstvo prenose se kroz porodičnu tradiciju. I porodice porekla, kako majke tako i oca, mogu uticati na roditeljski par kroz vlastite stavove u pogledu uvremenjenosti tranzicije, očekivanja od uloge majke i oca. Različita uverenja partnera vezana za rodnu ulogu predstavljaju značajan potencijalni izvor bračnog konflikta (Nikolić, 2010). Kao što je već bilo reči, postmoderna porodica pretrpela je izvesne promene u pogledu shvatanja uloga i očekivanja. Emancipacija je dovela do većeg doživljaja nezavisnosti i rodne ravnopravnosti. Dolazak novog člana na određeni vremenski period zahteva da se smanje individualne potrebe i potencira veće zajedništvo

članova, što dovodi do potrebe za tradicionalnim porodičnim odnosima. Navedeni procesi formiraju identitet majki, a u odnosu na socio-kulturološki milje oba roditelja i njihovih porodica porekla. Neki parovi pored praktičnih zadataka roditeljstva, mogu biti suočeni sa potrebom redefinisanja i usklađivanja oko uverenja vezano za porodične uloge, koja se u dijadnom odnosu veoma lako mogu zanemariti jer su autonomija i individualnost u savremenoj kulturi visoko vrednovane osobine (Spinelli, 1997).

Nalazi ranijih istraživanja ističu socijalnu podršku kao protektivni faktor u razvoju postpartalne depresije (Belsky, 1999; Berlin i Cassidy, 1999; Huth-Bocks i sar., 2004; Simpson, 1999). Pored partnerske relacije, izdvaja se uloga majke sa sopstvenom majkom. Podržavajući i dobar odnos majke sa njenom majkom u periodu prelaska u životnu fazu roditeljstva, omogućava da i dete i majka formiraju višestruke afektivne veze. Iskustva vezivanja stečena u porodici porekla, održavaju se i u odraslom dobu, kao specifični interaktivni obrasci, i postaju regulatori bliskosti, distance i emocionalne klime u partnerskoj relaciji, stoga će depresivnost kao simptom biti razmatrana u relacionim konceptima teorije afektivnog vezivanja.

Životni ciklusi imaju svoju multigeneracijsku dimenziju. Tranziciju mogu dodatno opterećivati nerazrešeni porodični konflikti iz porodice porekla, tabu teme i distancirani i disharmonični odnosi sa primarnom porodicom i drugi faktori koji se putem transgeneracijske transmisije prenose i kroz postojeće relacije i obrasce, utiču na obrasce kroz dalje životne ciklus (Main i sar., 1985).

Rođenje deteta zaheva individualne i porodične resurse u prilagođavanju na telesne, emocionalne i socijalne promene. Period promene je pod uticajem prošlih relacionih obrazaca porodice porekla i novoformiranih u porodici prokreacije, kao i specifičnih osobenosti pojedinca. (Divney i sar., 2012). U daljem tekstu će biti razmatrane porodične relacije kroz teoriju afektivnog vezivanja, i intrapsihičke faktore kao što su specifične osobine ličnosti, kao i njihova uloga u razvoju postpartalne depresije.

1.3. Afektivno vezivanje

1.3.1. Konceptualizacija i teorijska razmatranja afektivne vezanosti

Porodica je jedan od ključnih činilaza za psihološki razvoj individue i čini okosnicu mentalnog zdravlja pojedinca. Porodica porekla predstavlja sredinu u kojoj osoba formira prve emocionalne odnose i stiče prva emocionalna iskustva o sebi i drugima. Teorija afektivnog vezivanja, nastala kao kompozit psihoanalitičkih koncepata, relacije psihologije i kibernetike, dala je značajan doprinos razumevanju etioloških faktora ljudske emocionalnosti i implikacije na funkcionisanje u međuljudskim odnosima u odraslom dobu (Bowlby, 1973).

John Bowlby, tvorac pojma „afektivna vezanost“ (emocionalna privrženost, engl. attachment), (Bowlby, 1973) naglašavao je njegov relacioni kontekst , definišući ga kroz specifičan emocionalni odnos koji dete formira tokom ranog razvojnog perioda, u odnosu sa figurom vezanosti (osobe koja neguje dete, tzv. negujući drugi). Prema teoriji afektivnog vezivanja potreba za kontaktom je primarna ljudska potreba, koju beba pokušava da zadovolji kroz različite forme signalnih ponašanja (osmeh, gukanje, plač), a negujući drugi reaguje na te signale. Formiranje afektivne vezanosti je razvojni proces. Kvalitet emocionalne veze uspostavljene tokom prvih godina života s glavnim pružaocem nege formira unutrašnji radni model. Unutrašnji radni model sebe i drugih zasniva se na internalizovanim predstavama ranih iskustava u odnosu na to kako je pružalac nege (najčešće majka) zadovoljavala potrebe deteta. U najvažnijoj i najranijoj interakciji, kroz ponovljena iskustva dete formira očekivanja i verovanja o sebi i o drugima i repertoar ponašanja kroz koja uspostavlja bliskost, i tako nastaje kognitivno-afektivna struktura koju Bowlby naziva unutrašnji radni model sebe i drugih. Ovi modeli odgovorni su za uspostavljanje određenog oblika vezanosti, koji se nadalje na stabilan način održava kroz dalje životne odnose, putem asimilacije novih iskustava u postojeći model (Bowlby, 1988, prema Stefanović-Stanojević, 2005), tako da na taj način ima važnu ulogu u celokupnom razvoju ličnosti. Obrazac emocionalne privrženosti može se definisati kao sistem ponašanja koji je usmeren na traženje i održavanje blizine sa drugom jedinkom. Tokom daljeg razvoja

teorije, fokus se pomera od relacionog ka individualnom, emocionalna privrženost dobija odlike dispozicionog svojstva, posmatrana u kontekstu drugih karakteristika ličnosti individue i njenom razvoju kroz različite životne periode.

1.3.2. Razvoj stilova afektivnog vezivanja

Prema teoriji afektivne vezanosti, figura vezanosti (najčešće majka) obavlja tri funkcije bitne za razvoj deteta: prva je *obezbeđivanje blizine*, što u praktičnom smislu znači da je majka tu za dete kada je to potrebno, druga funkcija je *pružanje sigurnog utočišta* tj. sposobnost majke da omogući pouzdanu zaštitu, udobnost, podršku i olakšanje, a treća je da *formira sigurnu bazu*, tj. da bude receptivna i prijemčiva za potrebe deteta više nego za vlastite, što ponekad podrazumeva i sposobnost preuzimanja rizika, tako da kod deteta razvija očekivanje da može računati na njenu pomoć i zaštitu (Mikulincer i Shaver, 2007). Formiranje specifičnog kognitivno-emocionalnog stila u traženju bliskosti zavisi od mogućnosti negujućeg drugog da uvremenjeno i dosledno obavlja navedene funkcije. Formiranje specifičnog odnosa između deteta i figure vezanosti počinje u periodu od oko druge polovine prve godine života (Bowlby, 2011). Iako već od drugog meseca postoje prvi znaci komuniciranja kao što je socijalni osmeh, afektivno vezivanje se najviše razvija između prve i treće godine života i nastavlja svoj razvoj kroz asimilaciju novih iskustava i odnosa tokom detinjstva i adolescencije.

Razvojni psiholog Mary Ainsworth (Ainsworth, 1969.) je kroz ispitivanje individualnih razlika dece u vezivanju, opisala sigurnu afektivnu vezanost i dva oblika nesigurnog obrasca afektivnog vezivanja: izbegavanje i ambivalentnost. *Sigurna afektivna vezanost* se formira kroz interakcije u kojima je majka dostupna, respozivna na signale deteta, tj. uvremenjeno odgovara na detetove potrebe i pruža zaštitnu funkciju u situaciji ugroženosti, odgovara sa toplinom i ljubavlju. *Nesigurnu, izbegavajuću afektivnu vezanost* karakteriše doživljaj manje vrednosti i distancirano i introvertovano ponašanje u odnosu na okruženje. Kod ovog obrasca konflikt isprva ne mora biti tako očigledan. Stvara se kroz odbijajuće ponašanje majke kada dete pokuša da se približi radi utehe, nege ili zaštite, tako da na taj način majka zanemaruje potrebe deteta. Iako se nekada dešava da majka

zadovoljava neke bazične fiziološke potrebe deteta, ključno za formiranje ovog obrasca je da majka ne pokazuje emocionalnu investiranost u odnos sa detetom. *Nesigurnu, ambivalentnu afektivnu vezanost* odlikuje model ponašanja u kojem se kod deteta formira nesigurnost u dostupnost figure vezanosti kada je ugroženo. Ovakav odnos nesigurnosti stvara separacionu anksioznost i kod deteta se razvija strah kada treba da istražuje okolinu. U interakciji sa detetom majka ispoljava nedoslednost u ponašanju, tj. selektivno reaguje na signale koje dobija od deteta. Razvija se kod dece majki kod kojih postoji naglašena potreba za kontrolom, koja pokušava da koristi pretnju odvajanjem kao način upravljanja i modelovanja detetovog ponašanja. Iako u nekim situacijama majka adekvatno odgovara na detetove potrebe i pruža negu i zaštitu, zbog nedoslednosti i nekonzistentnosti majke se kod deteta formira konflikt vezan za očuvanje dobijanja zaštite i bliskosti. Ovakvu decu odlikuju naglašeni zavisne obrasci emocionalnog vezivanja, uz istovremeno smanjeno interesovanje za okolinu, često praćeno strahom.

Kasnije je opisan i četvrti tip, tzv. *dezorganizovana/dezorijentisana vezanost* (Main i Solomon, 1986, prema Duschinsky, 2015) koju odlikuje negativni model i sebe i drugih, manifestovano kao dezorijentisanost, dezorganizovanost i stereotipni obrasci ponašanja, naročito u suočavanju sa stanjima straha. Istraživanja (Main i Hese, 1992, prema Duschinsky, 2015) pokazuju da su majke ove dece u najvećem broju slučajeva osobe koje su imale visoko traumatska iskustva kao što je zlostavljanje ili su duševno obolele, bez kapaciteta da formiraju strategiju za rešavanje životnih problema, tako da su deca odrastala preplavljena anksioznošću i izbegavanjem.

Kim Bartholomew (Bartholomew i Horowitz, 1991) je osmislila četvorokategorijalni model vezanosti adolescenata i odraslih, u čijoj osnovi je unutrašnji radni model, raspoređen na dve bipolarne dimenzije: *dimenzija odbacivanja (model drugog)* sa izražavanjem poverenja u druge i njihovu podršku na pozitivnom polu, i sa druge strane neprihvatanje i izbegavanja bliskosti. Kao druga izdvaja se *dimenzija anksioznosti (model sebe)*, na čijem pozitivnom polu se nalazi unutrašnji osećaj sopstvene vrednosti, a na negativnom polu anksioznost i odbacivanje bliskosti. Ukrštanjem različitih polova nastaju četiri kategorije obrasca: *sigurni obrazac vezivanja* (pozitivni model sebe i

pozitivni model drugih), *preokupirani* (negativni model sebe i pozitivni model drugih), *izbegavajući* (pozitivni model sebe i negativni model drugih) i *bojažljivi* (negativni model i sebe i drugih).

U kontekstu interakcionističkog i sistemskog stanovišta, za uspostavljanje i traženja bliskosti od važnosti je porodični system kao celina, kao i pojedinačni dijadni i trijadni odnosi među članovima porodice koji su u ranom kontaktu sa detetom. Iako je majka od krucijalnog značaja u formiranju obrasca afektivne vezanosti (Patterson, 1997; Howes, 1999; Poehlmann i Fiese, 2001; Cassidy, 2008), uočava se da i druge bliske osobe (otac, babe i dede) mogu imati bitnu ulogu u formiranju trajnih obrazaca u traženju i regulaciji bliskosti (Cassidy, 2008), a neke studije pokazuju da bake imaju mnogo veći uticaj od očeva na afektivnu osnovu deteta (Stefanovic-Stanojević, 2000). Istraživanje van IJzendoorn i Bakermans-Kranenburg ukazuje na mogućnost da dete sa jednim roditeljem uspostavi sigurnu, a sa drugim nesigurnu afektivnu vezanost. Ovako neusklađeni odnosi nalaze se na kontinuumu između integrisanog sigurnog modela sa jedne strane, i integrisanog disharmoničnog odnosa sa oba roditelja. Pored toga, rezultati ovog istraživanja sugerišu da je afektivna vezanost sa majkom bolji prediktor razvoja specifičnog obrasca afektivnog vezivanja (IJzendoorn i Bakermans-Kranenburg, 1996). Sistemsko-porodična paradigma takođe posmatra oblikovanje afektivne vezanosti kroz multiple interakcije, uspostavljanje trijadnog odnosa (majka-dete-otac), kao i uspostavljanje odnosa sa sibilinzima. Tijada deteta sa roditeljima, u disfunkcionalnim porodičnim sistemima, može se manifestovati kao proces trijangulacije kada se koristi emocionalno vezivanje deteta radi regulisanja distance među roditeljskim parom, što usložnjava proces afektivnog vezivanja posmatran kroz dijadne odnose dete-figura vezanosti (Howes, 1999).

1.3.3. Transgeneracijski prenos afektivnog vezivanja, partnerske i porodične relacije

Bowlby (Bowlby, 1973) je smatrao da rano fomirani obrasci adektivnog vezivanja stečeni u ranim interakcijama sa glavnim pružaocem nege, predstavljaju prototip odnosa privrženosti u odraslom dobu, oblikujući druge emocionalne odnose. Kao bitni u životu

pojedince izdvajaju se partnerska veza i uspostavljanje privrženosti s vlastitim detetom. Bazični koncepti teorije afektivnog vezivanja koje su formirali Bolbi i Ejnsfort (Bretherton, 1992) poslužiće kao osnova u formiranju teorije afektivnog vezivanja kod odraslih, odakle proističe nova oblast istraživanja koja se bavi partnerskim afektivnim vezivanjem.

Mary Main (Main i sar., 1985) je začetnica ispitivanja *transgeneracijskog prenosa afektivnog vezivanja*. Main je sa saradnicima konstruisala instrument za procenu afektivnog vezivanja odraslih koji je napravljen u formi polustrukturisanog kliničkog intevjua, sa fokusom na predstave, tj. sećanja na rana iskustva afektivnog vezivanja, sa naglaskom na situacije koje su bitne za uspostavljanje afektivne vezanosti (odvajanje, gubici, bolest i dr.), kao i procena koliko je roditeljsko ponašanje značajno za razvoj i formiranje ličnosti. Odgovori su podeljeni u nekoliko setova skala, uz procenu verbalizacije, iz čega je formiran odnos koji odrasli ispitanici imaju u tom trenutku prema afektivnom vezivanju, a stil afektivnog vezivanja sa figurama vezanosti u prošlosti (Stefanović-Stanojević, 2005). Iz istraživanja je nastao model, sa četiri kategorije – sigurna vezanost (F), odbacujuća vezanost (Ds), preokupirana vezanost (E) i dezorijentisana / dezorganizovana vezanosti (Us) (Main i sar., 1985).

Kasnije studije su pokazale povezanost roditeljskog i detetovog obrasca afektivne vezanosti (Benoit i Parker, 1994; Rosenstein i Horowitz, 1996). U istraživanju koje je Stefanovic-Stanojević srovela u Nišu, uočena je povezanost vaspitnih stilova i obrazaca afektivnog vezivanja kroz tri generacije (baka-majka-ćerka). Rezultati su pokazali da majke koje su same imale doživljaj prihvaćenosti u odnosu na svoje majke, odgajaju decu bazom koja je optimalna za uspostavljanje sigurne privrženosti, dok su vaspitni stavovi odbacivanja i prezaštićivanja bili povezani sa nepovoljnim razvojem emocionalne privrženosti kod deteta (Stefanovic-Stanojević, 2000).

Osoba veoma rano stiće i formira sposobnost mentalizovanja vlastitih i tuđih iskustava, tako da u kasnijim odnosima, može da bude nereceptivna za partnerovo ponašanje, bilo da je ono afirmativno ili odbacujuće, jer u skladu sa već formiranim radnim modelom, dolazi do asimilacije u vlastitu shemu bliskosti. Ipak, navodi se da se ponašanje

može promeniti kada partner dosledno ispoljava određeno ponašanje, tako da osoba uviđa da njen model ne funkcioniše u datoj situaciji (Stefanovic-Stanojević, 2005). Kao što je već bilo reči, formirani radni modeli utiču na očekivanja, strategije i ponašanje u kasnijim vezama.

Obrazac *sigurne afektivne vezanosti* odlikuje autonomija ličnosti, samopouzdanje i vera u druge, otvorenost za komunikaciju, istraživanje, rast i razvoj uopšte (Main i sar., 1985). Poseduju adekvatne kognitivne sheme koje omogućavaju obradu neprijatnih emocija i iskustava separacije i straha, što im omogućava adekvatno suočavanje sa životnim teškoćama. Imaju kapacitet za formiranje bliskih relacija, uspostavljaju autentične partnerske odnose, u kojima imaju poverenje u partnera, ispoljavaju emocije, a u konfliktnim situacijama sposobne su da sagledaju širu sliku, uz razumevanje partnerovih potreba, što vodi efikasnijem prevazilaženju problema. Stvaranje sigurnog obrasca vezanosti je dobra osnova za izražavanje emocija i adekvatnu komunikaciju u budućim odnosima, pruža mogućnost za samoregulaciju afekta (sposobnost da se razmotre emocionalni procesi pre odgovora) i stvara potencijal za otpornost na stresore (Karen, 1990; Belsky i Cassidi, 1994; Cassidi, 2008;). Pored toga, u odnosu prema svojoj deci takve osobe imaju sposobnost da ispolje toplinu u kontaktu, pruže sigurnost, poverenje i da se ponašaju saobrazno spoljašnjim okolnostima (Cassidi, 2008).

Kao što je do sada prikazano, nesigurna afektivna vezanost može biti ispoljena kroz dva oblika – izbegavajuća i ambivalentna afektivna vezanost (Main i sar., 1985). Deca koja su razvila *nesigurnu izbegavajuću afektivnu vezanost* u odrasloj dobi razvijaju defanzivan stav prema okolini što je u ranim traumama uskraćivanja imalo odbrambenu funkciju. Istraživanja ukazuju da je izdaja u detinjstvu prediktor teškoće u proceni drugih osoba i nemogućnost osobe da ostvari poverljive i bliske odnose. Uočava se povezanost psiholoških povreda u detinjstvu sa nepoverenjem u bračnog partnera (DiLillo i sar., 2009) i nepoverljivim stavom prema okruženju (Gobin i Freyd, 2014). U partnerskim odnosima može doći do retraumatizacije pomenutih iskustava koja mogu biti osnova za formiranje obrasca nesigurne afektivne vezanosti. Blizak odnos sa drugima povezan je sa povredom (negativan model drugih), tako da su ovi pojedinci u stalnoj težnji da očuvaju vlastitu sliku

o sebi (pozitivan model sebe). Stoga oni investiraju samo u sebe, a izbegavanje emotivno šaržiranih situacija i bliskih odnosa štiti ih od dalje razgradnje, tako da se okreću delu realnosti za koji veruju da ih neće izneveriti i često investiraju vlastiti self u materijalna postignuća i stvari (Gobin i Freyd, 2014). Zbog ponašanja u stilu defanzivne superiornosti, uspostavljaju površne i kratkotrajne partnerske veze, uz snižen kapacitet za emocionalno reagovanje. Neretko takve osobe u odraslom dobu žive same. Kada uspeju da formiraju partnersku relaciju pokazuju tzv. deaktivacione strategije (Shaver i Mikulincer, 2002) – emocionalnu i kognitivnu krutost, zatvorenost, nepoverljivost, deklarativno ili neverbalno insistiraju na održavanju emocionalne distance u odnosu na partnera. Snižena sposobnost za uspostavljanje intimnosti manifestuje se i u sferi seksualnog ponašanja - ređe su sposobni da dožive prijatna osećanja tokom seksualnog kontakta (Birnbau, 2007; Birnbau i sar.,2012). U susretu sa teškoćama u odnosu oni pokušavaju da održe „fasadu kompetentnosti“ (Linehan, 1993), poričući unutrašnje teškoće i anksioznost koja kod njih takođe postoji. Na manifestnom planu ponašanje je emocionalno neodgovarajuće, distancirano, oni zanemaruju partnerove emocionalne potrebe i ignorišu emocionalne izlive partnera. Međutim, kako dominantno koriste mehanizme odbrane kao što su potiskivanje, poricanje i povlačenje (Mikulincer, 2004), nekritično negiraju da su uplašeni. Dugoročno, takve izbegavajuće strategije i inhibiranje emocija uzrokuju hronični distres. U slučaju da partner zahteva emocionalnu investiciju neretko dolazi do povlačenja iz odnosa. Njihove veze se pre zasnivaju na zajedništvu formiranom kroz aktivnost a manje uključuju razmenu emocija.

Deca koja su imala nesiguran ambivalentan obrazac afektivnog vezivanja, u odraslom dobu takođe ostaju preokupirana figurom vezivanja, formiraju *nesiguran preokupirani obrazac vezivanja* (Main i sar., 1985). Ovakav model vezivanja prenose i u partnerske veze u kojima se intenzivno vezuju za partnera, uz stalnu potrebu za naklonošću i pažnjom. Partnerske veze imaju odlike simbioze. Usled pozitivnog opažanja partnera, neretko idealizovanog i vlastitog manjka samopouzdanja (negativan model sebe, pozitivan model drugog), dolazi do „stapanja“ sa željama i potrebama partnera, istovremeno usled potrebe da partner nadomesti njihove nedostatke. Imaju sniženu sposobnost mentalizovanja

vlastitih i tuđih iskustava, tako da je njihova percepcija situacije „ovde i sada“ obojena separacionim strahovima i neutaženom i prenaplašenom potrebom da budu voljeni i prihvaćeni (Mikulincer i sar., 2004). U osnovi stoje nerazrešeni konflikti separacije i individuacije, što se prenosi na međuljudske odnose (partnera, prijatelje, decu), tako da ne reaguju na njihove želje ili potrebe, nedostupni su kad su potrebni, a često previše uključeni kad drugi to ne žele. Pokazuju visok stepen anksioznosti i manje zrele oblike ponašanja, koristeći tzv. hipervigilne strategije u regulaciji i traženju bliskosti (Mikulincer i sar., 2004). Često proveravaju partnerovu odanost i naklonost i imaju kontrolišuće ponašanje kako bi predupredili mogućnost da budu ostavljeni, pokazujući lepljivost u kontaktu. Sklone su da koriste seksualni odnos u funkciji uspostavljanja intenzivne bliskosti, kako bi redukovale anksioznost koju provocira vlastita nesigurnost i strah od napuštanja (Schachner i Shaver, 2004; Birnbaum, 2007). Strategije suočavanja sa problemima su najčešće ruminativne, uz teškoće da regulišu emocije. Kod ovih osoba sreće se coping stil u ponašanju koji Linehan naziva „aktivna pasivnost“ (Linehan, 1993), koji se u praktičnom smislu ispoljava kroz zauzimanje pasivne pozicije i pozicije nemoći u susretu sa problemom, tako da na taj način aktivno angažuju druge da im pomognu. Na taj način razvijaju zavisne potrebe i nesamostalnost u svakodnevnom funkcionisanju. U odnosu prema vlastitoj deci često ispoljavaju kontrolišuće ponašanje. Deca najčešće nemaju adekvatne strategije da se tome suprotstave, tako da ispunjavaju očekivanja i potrebe takvih roditelja.

Deca koja su razvila dezorganizovanu afektivnu vezanost imaju ambivalentan odnos prema vezivanju koji zadržavaju i u partnerskim odnosima (Rosenstein i Horowitz, 1996). U odraslom dobu i partnerskim vezama perzistira *bojažljivi obrazac vezanosti*. Ove osobe imaju formirane negativne radne modele sebe i drugih. Kao i kod osoba sa preokupiranim obrascem afektivnog vezivanja, postoji sklonost ka intenzivnim emocionalnim odnosima i preuranjenom uspostavljanju bliskosti, potreba da se partnerski odnos kontroliše, dok je istovremeno konstantno prisutan strah od vezivanja, tako da su u neprekidnom konfliktu. Stoga ove osobe ispoljavaju teškoće u kontroli besa, visoko su anksiozne i sklone da pogrešno interpretiraju emocionalno obojene signale i poruke (Shaver i Mikulinzer, 2002).

Visoko su zavisne od drugih, jer na taj način pokušavaju da uspostave autonomiju i u partnerskom odnosu traže potvrdu sopstvene vrednosti. Međutim, u stalnom strahu od potencijalnih negativnih ishoda, teško realizuju bliskost, sklone su fantaziranju o odnosu i retko uspostavljaju partnerske odnose. Njihove i tako retke partnerske veze su haotične, jer ulaskom u odnos pokazuju zatvorenost, ne iznose lične informacije, već pokušavaju da zadrže partnera kroz različite oblike manipulativnog ponašanja. Nemaju uvid u intrapsihički konflikt, tako da su skloni iracionalnim, konfuznim objašnjenjima sopstvenog ambivalentnog ponašanja (Rosenstein i Horowitz, 1996).

Ovako formirani teorijski koncepti našli su empirijsku potvrdu u istraživanjima koja su pokazala da rano formirani stilovi afektivnog vezivanja imaju implikacije na ponašanje u bliskim odnosima u odraslom dobu i da su povezani sa stilovima vezivanja u partnerskim odnosima (Hazan i Shaver, 1987; Crowell i sar., 2002), te da specifični stilovi imaju uticaj na kvalitet braka (Cohn i sar., 1992; Stefanović Stanojević, 2002; Trifunović I sar., 2016).

1.3.4. Povezanost stilova afektivnog vezivanja i depresivnosti

Postojeći modeli psihopatologije skloni su da depresiju posmatraju na linearan način, naglašavajući uzročno posedične veze (Sharp i Lipsky, 2002). U pogledu psiholoških činilaca, koji su jedan od etioloških faktora, depresivnost se posmatra kao intrapsihički fenomen konceptualizovan kao specifična vulnerabilnost pojedinca. Konceptualizacija pojmova teorije afektivnog vezivanja i izdvajanje specifičnih stilova (obrasca emocionalne privrzanosti) daje nam relevantnu osnovu da kroz organizaciju emocionalnih veza pojedinca posmatramo razvoj različitih psiholoških stanja i ponašanja. Dakle, specifična vulnerabilnost ličnosti nije datost po sebi, već relacioni fenomen. Navedeno nam omogućava da depresivnost i druge psihopatološke pojave posmatramo kao interpersonalni fenomen (Gallo, 2003)..

Istraživanja koja ukazuju na povezanost nesigurnih stilova vezivanja (ambivalenti i izbegavajući) sa razvojem kliničke depresije (Bifulco i sar.,2002a; Bifulco I sar.,2002b; Amani i sar.,2017). U jednom istraživanju koje su sproveli Surcinelli i saradnici (Surcinelli

i sar., 2010) na 274 odrasle osobe, ispitivana je povezanost odnosa anksioznosti, depresije i obrazac afektivne vezanosti u odraslom dobu, uz upotrebu četvorokategorijalnog modela. Učesnici su kategorisani u četiri grupe - sigurni, izbegavajući, preokupirani, i bojažljivi obrazac. Rezultati su pokazali da je sigurna vezanost povezana sa boljim mentalnim zdravljem, dok je nesigurna vezanost bila povezana sa višim nivoima anksioznosti i depresije i smatra se stilom koji osobu čini vulnerabilnom za psihopatologiju (George i West, 2002). Kod ovakvih pojedinaca, razvoj opisanih internalizovanih psihopatoloških fenomena često se javlja u situacijama novih socijalnih iskustava (Waters i Cummings, 2000).

Uočeno je da je verovatnoća za razvoj sigurne afektivne vezanosti oko 10% u kliničkoj populaciji, naspram 60% u opštoj populaciji (Išpanović-Radojković, 2007). Iako neki autori smatraju da su rano uspostavljene neadekvatne veze etiološki faktor depresije (Thompson, 2000), ne možemo govoriti o jednoznačnoj vezi između nesigurnog stila afektivnog vezivanja i depresije. Savremeni koncepti etiopatogeneze podrazumevaju multifaktorski pristup. Dakle, postojanje stila nesigurne afektivne vezanosti ne predstavlja poremećaj po sebi, već faktor rizika za pojavu maladaptivnog socijalnog funkcionisanja i probleme mentalnog zdravlja.

Prema shvatanjima Bowlby-a i ranih teoretičara (Bretherton, 1992) afektivne vezanosti, stilovi afektivnog vezivanja formirani u ranom detinjstvu ostaju relativno stabilni tokom života. Prediktori promene stila afektivnog vezivanja su negativni događaji u ranom razvojnom periodu, kao što su gubitak roditelja, razvod, životno ugrožavajuća bolest roditelja ili deteta, prisustvo psihijatrijskog poremećaja kod roditelja, fizičkog, psihičkog ili seksualnog zlostavljanja ili zanemarivanja deteta (Natsuaki i sar., 2009; Alaimo i Cascio, 2015; Gobin i Freyd, 2014). Finkelhor i Browne ističu četiri osnovne psihološke povrede tokom odrastanja za koje se smatra da mogu dovesti do ozbiljnih psiholoških oštećenja (Finkelhor i Browne, 1985): seksualizacija, stigmatizacija, izdaja i nemoć. U detinjstvu je bitna figura staratelja/roditelja koja je mogla biti počinilac nekih od po dete traumatizujućih situacija, ili ako figura vezanosti nije bila dostupna ili nije bila u mogućnosti da zaštiti dete, navedeno će biti snažan prediktor kasnijih teškoća u bliskim relacijama i ostvarivanju

poverenja. Ovo ima potporu u studijama koje govore da je povezanost nesigurnog obrasca vezivanja i depresije veća kod odraslih sa istorijom fizičkog, psihičkog ili seksualnog zlostavljanja u detinjstvu (Whiffen i MacIntosh, 2005). Osobe sa formiranim tzv. bojažljivim obrascem privrženosti predstavljaju posebno vulnerabilnu kategoriju depresivnih pacijenata (Bifulco i sar., 2003; Conradi i de Jonge, 2009).

Uočena je pozitivna korelacija između depresije i bojažljivog obrasca kod depresivnih žena, kao i povezanost depresivnosti sa bojažljivim obrascem afektivne vezanosti njihovih muževa (Whiffen I sar.,2001). Dakle, depresija je povezana sa negativnim radnim modelima sebe i drugih, tj. bazičnim uverenjem da osoba neće biti voljena i da će biti napuštena od partnera (figure afektivne vezanosti). Kognitivni procesi mogu posredovati u ovoj vezi putem jezgrovnih uverenja vezano za bliske odnose.

Osobe sa problemima u afektivnom vezivanju pokazuju sklonost da formiraju i održavaju disfunkcionalna uverenja koja posreduju između uspostavljene nesigurne vezanosti i razvoja depresije. Baldwin (Baldvin, 1997) tvrdi da uspostavljanje određenog radnog modela uspostavlja specifične relacione sheme koje dalje oblikuju ljudsko ponašanje i odnose. Ovi modeli sadrže „ako-onda“ skripte o tipičnim reakcijama u međuljudskim interakcijama tako da na osnovu sumiranih prošlih iskustava koji čine osnovu uspostavljenih radnih modela, osobe dalje tumače nove međuljudske događaje (Baldvin, 1997). Negativno obojena slika sebe i/ili drugih narušava odnose sa drugima i može biti jedan od prekuzora depresije (Ingram i Ritter, 2000). Pored toga, potvrđeno je da su pojedinci sa disfunkcionalnom istorijom afektivnog vezivanja u odraslom dobu skloni da na negativan način posmatraju međuljudske odnose jer imaju nerazrešenu porodičnu traumatizaciju i negativni model selfa (Šakotić Kurbalija i sar., 2010).

Sa druge strane, uočena povezanost između nesigurnog obrasca vezanosti i depresije ne implicira da se tokom ranog perioda razvila nesigurna vezanost. Metaanalitička studija (Parker i sar., 1992) ukazuje da postoji veoma malo empirijskih dokaza o kontinuitetu obrasca afektivnog vezivanja u detinjstvu i odraslom dobu, sem kada su odnosi u detinjstvu bili izuzetno nepovoljni, što potvrđuju studije koje su koristile *Inventar odnosa*

sa roditeljima (Parental Bonding Inventory - PBI). Navedeno implicira da je rano uspostavljene obrasce afektivnog vezivanja u većini slučajeva moguće modifikovati kroz druge značajne odnose.

Aktuelna adekvatnost afektivne vezanosti može biti pod uticajem kvaliteta postojećih odnosa (Kobak, 1994), što se kod depresivnih osoba povezuje sa negativnom slikom sebe i drugih, tj. slika radnih modela je zasićena depresivnom simptomatologijom (Whiffen i Johnson, 1998).

Istraživanje Whiffen i saradnika (Whiffen i sar., 2001) pokazuje da kada je žena depresivna, oba partnera ispoljavaju nesigurnu afektivnu vezanost u bračnim odnosima. Kada depresivnost posmatramo kao relacioni koncept, uočava se da je njena pojava povezana sa odgovorom partnera na emocionalne potrebe. Whiffen i Aube (Whiffen i Aube, 1999) su na ispitivanom uzorku od 64 bračna para uočili da postojanje vulnerabilnosti kod partnera nije na jednoznačan način povezana sa simptomima depresije. Depresivna simptomatologija se javlja kod parova kod kojih nema intimnosti, kada ponašanje supružnika ne zadovoljava emocionalne potrebe žene, uz emocionalno distancirano ponašanje (izbegavajući obrazac afektivne vezanosti). U ovoj studiji uočena je povezanost izbegavajućeg obrazca vezivanja kod supruga depresivnih ispitanica, sa dužim trajanjem depresivnosti (oko 6 meseci), u odnosu na kratke depresivne epizode kod ispitanica čiji su muževi pokazivali sigurne obrasce afektivnog vezivanja (Whiffen i sar., 2001). Pokazano je i da samokritične žene biraju partnere koji su skloni kriticizmu, što može povećavati ženinu sklonost ka samokritici i pojačavati simptome depresije (Whiffen i Aube, 1999).

Negativni radni modeli mogu biti superponirani kroz odnos sa partnerom. Rezultati istraživanja koje je sprovedla Mićanović-Cvejić sa saradnicima ukazuju da je i kod zdravih i kod depresivnih ispitanika, ambivalentnan obrazac afektivne vezanosti povezan sa ispoljavanjem prezahtevnosti u odnosu sa partnerom, kontrolišuće ponašanje i tendenciju ka intenzivnom vezivanju, kao i da postoji razlika u intenzitetu ambivalentnog obrasca privrženosti koji je izraženiji kod depresivnih odoba (Mićanović-Cvejić i sar.,2009)

Depresija je povezana sa bračnim stresom (Veissman i Paikel, 1974; Coleman i Miller, 1975). Uočeno je da kada jedan od supružnika boluje od depresije, kod oba partnera postoji negativan stav prema onom drugom tj. negativna slika internalizovanog drugog (Biglan i sar., 1985). Kako je partnerska relacija jedan od bitnih odnosa u kojem se uspostavlja i modifikuje afektivna vezanost, moguće je da depresivna osoba, u skladu sa negativno obojenim doživljajem sebe i drugih, vidi kod partnera odbacivanje i ne oseća se voljeno, dok partner formira negativan radni model na osnovu ponašanja supružnika koji je stalno nezadovoljan i fokusiran na vlastite potrebe (Biglan i sar., 1985). Poremećen obrazac komunikacije i odnosa naročito je uočljiv kada depresivnost ima hroničan tok, jer iako inicijalno drugi partner može iskazati razumevanje i podršku za depresivne tegobe drugog, vremenom može doći do iscrpljivanja resursa, povlačenja iz odnosa i razvijanja negativnog stava. Hronično depresivne žene pokazuju obrasce partnerskog ponašanja u kojima su sklone da na negativan način traže, primaju i pružaju podršku (Davila i sar., 1977). Putem negativne povratne sprege regulišu se disfunkcionalni partnerski odnosi u kojima se održava depresivnost supruge i muževljev izbegavajući model traženja bliskosti, što povećava bračni distress, dovodi do konflikta koji dalje mogu produbljivati nezadovoljstvo kod oba partnera (pozitivna povratna sprega).. Stoga je sistemska porodična i bračna psihoterapija izbor za tretman depresije i problema u partnerskim odnosima (Jacobson i sar., 1991).

1.4. Uloga dimenzija ličnosti u razvoju postpartalne depresije

U praksi mentalne poremećaje posmatramo kroz manifestovane simptome i premorbidnu strukturu ličnosti (kroz intrapsihičke i interpersonalne faktore), kako bismo formirali celovitu sliku pojedinca i planirali tretman u odnosu na tok bolesti, koji ima svoje opšte karakteristike u okviru postojećeg psihopatološkog sindroma, ali i specifičnosti u kontekstu strukture i dispozicionih odlika ličnosti. Pored toga, u poslednje dve decenije sprovedena su mnogobrojna istraživanja na kliničkoj populaciji koja su kritikovala kategorijalni pristup mentalnim poremećajima zbog velikog komorbiditeta psihijatrijskih dijagnoza i heterogenosti unutar određenog poremećaja. U tom kontekstu su sve češće

ispitivani hipotetski konstrukti koji su odgovorni za dispozicione odlike pojedinca (stabilne obrasce mišljenja, ponašanja i emocija).

Ponovićemo da su istraživanja postpartalne depresije doživela ekspanziju protekle tri decenije. Istraživački i teorijski radovi su razmatrali specifičnosti postpartalne depresije u pogledu prevalence, simptoma, toka i ishoda bolesti i uočili zajedničke karakteristike sa depresijom koja se ispoljava u bilo kom drugom životnom periodu, ali i razlike u pogledu atipičnih simptoma, njihovog intenziteta, kraćeg toka i bolje prognoze poremećaja. Značajna istraživanja Lecic-Tosevski i Divac-Jovanovic i Lecic Tosevski su proučavala ulogu osobina ličnosti u nastanku i razvoju depresije i dala detaljan opis specifičnih poremećaja ličnosti vulnerabilnih za afektivne poremećaje (Lecic-Tosevski i Divac-Jovanovic, 1996; Lecic-Tosevski, 2000). Međutim, malobrojna su istraživanja koja su proučavala ulogu osobina ličnosti u nastanku i razvoju postpartalne depresije. Mentalno zdravlje žene u potpartalnom periodu povezuje se sa specifičnim očekivanjima, socijalnom podrškom i ulogom emocionalne stabilnosti kao osobine ličnosti (Cox i sar.,1999).

Iz ugla petofaktorskog modela ličnosti istraživanja (Costa i Mac Crea, 1992) domena neuroticizma ukazuju da bez obzira na mnogobrojnost emocionalnih poremećaja i različite kliničke slike, osobe koje su sklone nekom od emocionalnih stanja su sklone i drugim (Durant i sar, 2000; Gilbert, 2000; Knežević i sar., 1997). Neuroticizam (negativan afekat, emocionalna nestabilnost) je karakteristika ličnosti koja pravi distinkciju između emocionalne prilagodjenosti i stabilnosti i neprilagođenosti i emocionalne nestabilnosti. Predstavlja opštu tendenciju da se dožive negativne emocije kao što su anksioznost, hostilnost, depresivnost, socijalna nelagodnost, impulsivnost i vulnerabilnost predstavljaju osnovu ovog domena (Knežević, 1997). Kroz istraživanja je uočena povezanost emocionalne nestabilnosti sa internalizujućim (emocionalnim) i eksternalizujućim (dezinhibicionim) poremećajima, sa razlikom što eksternalizujuća dimenzija korelira i sa dezinhibicijom koja podrazumeva nisku kontrolu, saradljivost i savesnost, dok se internalizujući faktor u najvećoj meri može objasniti skalama anksioznosti, depresivnosti i poremećajima povezanim sa anksioznošću (Krueger, 2001; Krueger, 2006). Potrebno je naglasiti da visoki skorovi na skali neuroticizma ne predstavljaju marker bilo kog kliničkog

poremećaja, ali su indikator opšte vulnerabilnosti i redukovanih kapaciteta za prevladavanje stresnih situacija, koji u susretu sa specifičnim akutnim ili prolongiranim distresom mogu deklansirati neki psihički poremećaj (Knežević i sar., 1997)

Rezultati istraživanja koje je sproveda Reić Ercegovac ukazuju da dimenzije petofaktorskog modela - emocionalna stabilnosti i savesnost, kao i subjektivni doživljaj zadovoljstva brakom predstavljaju značajne prediktore subjektivne dobrobiti žena u periodu trudnoće i prvoj godini materinstva (Reić Ercegovac, 2011). Emocionalna stabilnost obrnuto je proporcionalna stepenu depresivnosti i predviđa niži stepen stresa, kao i veće zadovoljstvo brakom kod majki. Pored toga, veći stepen saradljivosti predviđa veći nivo depresivnosti kod trudnica i majki. Ranija istraživanja su povezivala emocionalnu stabilnost sa opštim mentalnim zdravljem, koja u tranzicionom periodu može biti protektivni faktor. U kontekstu materinstva i partnerskog odnosa, može se pretpostaviti da emocionalno stabilne osobe racionalnije pristupaju problemima i izazovima materinstva, i reaguju manje burno na potencijalne bračne konflikte, što doprinosi većem zadovoljstvu odnosom sa partnerom.

Istraživanja sugerišu vezu ekstroverzije i emocionalne stabilnosti sa zadovoljstvom životom (Hills i Argyle, 2001), kao i ekstroverzije i savesnosti (Reić Ercegovac i Penezić, 2012). Autori dobijene nalaze objašnjavaju sklonošću ekstrovertnih i emocionalno uravnoteženih pojedinaca, da životne okolnosti doživljavaju i interpretiraju na pozitivan način.

Modeli razvoja depresije sugerišu da je interpersonalna zavisnost jedan od stabilnih prediktora depresije (Bamett, 1988). Studija Blatt-a i saradnika (1982) ispitala je povezanost depresivnosti sa određenim odobinama ličnosti na MMPI inventaru, a rezultati sugerišu da se depresivne osobe mogu okarakterisati kao osobe sa zavisnim crtama ili sklone samokritici (Blatt, 1982). Oba tipa ličnosti imaju potrebu za socijalnim odobravanjem, ali se razlikuju u načinu na koji ostvaruju svoju bazičnu potrebu. Osobe sa zavisnim odlikama teže da održavaju skladne međuljudske odnose, a samokritični pojedinci traže afirmaciju kroz rad i ostvarivanje postignuća. Kriticizam se izdvaja kao faktor

vulnerabilnosti za razvoj depresije i u postpartalnom periodu, dok se samopoštovanje i optimizam izdvajaju kao faktori koji doprinose diferencijalnoj osetljivosti na depresiju tokom postpartalnog perioda (Fazlagić i Soleša-Grijak, 2012). Nasuprot tome, rezultati istraživanja na nekliničkoj populaciji ukazuju da je samokritičnost prediktivni faktor razvoja depresije nakon porođaja, a vulnerabilnost može biti ublažena ako se tokom trudnoće formira adekvatna afektivna veza između majke i deteta (Priel i Besser, 1999). Whiffen je povezo osobinu samokritičnosti i depresiju u kontekstu partnerskih odnosa (Whiffen, 1988). Potreba za samopotvrđivanjem postaje disfunkcionalna u životnoj fazi kao što je roditeljstvo, kada dolazi do multipliciranja životnih uloga, redefinisanja prioriteta i rebalansiranja odnosa. Kako primarno postaje zadovoljenje emocionalnih i fizičkih potreba deteta, navedeno može remetiti partnersku relaciju u kojoj je do tada žena uspešno ostvarivala unutrašnju potrebu za podrškom i ohrabivanjem od strane partnera. Pored toga, nisko samopouzdanje i stalna potreba za reevaluacijom koje odlikuju samokritične osobe mogu podstaći ženu da postavlja visoke ciljeve u pogledu uloge majke i supruge i implementiranja u do tada ostvarene psihosocijalne uloge i odnose (Olinger i sar., 1987). Bazična disfunkcionalna uverenja su povezana sa depresijom kao reakcijom na stresne životne događaje. Visoka očekivanja od sebe i samokritičnost dovode do stalnih frustracija i nezadovoljstva i mogu inicirati depresivnu epizodu u zahtevima povećane adaptacije kao što je roditeljstvo.

U istraživanju koje je pored sociodemografskih i kliničkih karakteristika ispitivalo i određene psihološke korelate, kod porodilja koje su manifestovale blage promene u raspoloženju (postpoređajni bluz) kao značajnu izdvajaju anksioznost kao osobinu ličnosti i povećanu brigu o zdravlju (Gonidakis, 2007). Pojava PPD bila je povezana sa pojavom stresnih životnih događaja tokom trudnoće, pojavom simptoma postpartalnog bluz u prvih 7 dana nakon porođaja, opsesivnim preokupacijama vezano za održavanje čistoće i subjektivnim doživljajem majke da beba neprekidno plače (Gonidakis, 2008). Pored partnerskog odnosa kao stabilnog prediktora sposobnosti prilagođavanja (i u periodu trudnoće i nakon porođaja), doživljaj kompetentnosti (ili samoeфикаsnosti) u roditeljskoj ulozi doprinosi većem opštem zadovoljstvu (Reić Ercegovac i Penezić, 2012). U kontekstu preuzimanja nove uloge, pojedinci koji su samokritični i skloni preispitivanju, mogu u

vremenu tranzicije u roditeljstvo (tokom trudnoće i u prvoj godini detetovog života) pokazivati anksiozno-depresivnu simptomatologiju kao odraz vlastite nesigurnosti, a koja se u odnosu na aktuelne porodične odnose i stresore, kao i kumulirane stresore, može razviti u ozbiljan poremećaj raspoloženja koji zahteva medicinski tretman.

Pokazano je da je optimizam protektivan faktor u razvoju postpartalne depresije (Fazlagić i Soleša-Grijak, 2012). Dakle, negativna interpretacija iskustva jedan je od ključnih psiholoških faktora u etiologiji poremećaja. Pored opaženog i doživljenog negativno obojenog iskustva, u etiologiji poremećaja mogu učestvovati i druge osobine koje će doprineti da se nezadovoljstvo usmerava ka sebi ili ka spolja. Depresija je heterogeni poremećaj, i pored osobine neuroticizma, tj. teškoće da se generišu negativno obojena emocionalna iskustva, obrasci kontrole i inhibicije emocija kao način prevladavanja emocionalno šaržiranih situacija, takođe mogu biti etiološki faktor depresije. Efekti emocija na mentalno zdravlje putem konstrukta “konflikt pri emocionalnom izražavanju” koji uključuje istovremenu želju za ispoljavanjem emocija i nemogućnost da se to učini (Fazlagić i Soleša-Grijak, 2012) možemo povezati sa povlačenjem, samorefleksivnošću i ruminativnim mišljenjem koje srećemo kod depresivnih pacijenata.

Istraživanje Harkness i saradnika bazirano na petofaktorskom modelu ličnosti, izdvaja Saradljivost kao jedinu dimenziju ličnosti koja je konzistentna kod depresivnih osoba i zapaža se i nakon povlačenja depresivnih simptoma, dok sve druge dimenzije pokazuju značajnu promenu (Harkness i sar, 2002). U skladu sa razmatranim modelima interpersonalne zavisnosti, potrebom za samopotvrđivanjem i izraženim samokriticizmom, saradljivost, iako bazično altruistična osobina, može biti jedna od osobina ličnosti koja predisponira osobu za razvoj depresije. Saradljivost možemo posmatrati kao tendenciju osobe da pokazuje konformističko ponašanje u odnosu na socijalne zahteve (Harknes i sar., 2002). U susretu sa povećanim zahtevima adaptacije i različitim stresorima, ova tendencija može se manifestovati kao inhibiranje vlastitih emocija i potreba. Inhibicija se može posmatrati kao kumulativni stresor (Paez, 1999), koji utiče na autonomni nervni sistem, kortikalno uzbuđenje, tako da dugoročno dovodi do iscrpljivanja organizma, stvarajući specifičnu vulnerabilnost za razvoj afektivnih, autoimunih i psihosomatskih poremećaja.

Stres nije linearna stimulus-odgovor reakcija, već kompleksna interakcija između individue i njenog okruženja, uključujući subjektivno opažanje i procenu stresora strukturirajući se, na taj način, u visoko personalizovan proces (Lecic-Tosevski i sar., 2011; Lecic-Tosevski i sar., 2018).

Pregledom literature uočava se da su malobrojne studije koje su ispitivale psihološke korelate postpartalne depresije. U kontekstu do sada razmatranih specifičnosti kliničke slike, izdvojenih sličnosti u razvoju i toku poremećaja, od važnosti je ispitati da li postoje specifične dimenzije ličnosti kod osoba sa postporođajnom depresijom, a u cilju razvijanja sveobuhvatnog pristupa u praktičnom radu sa ovom populacijom i boljoj predikciji.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

- (1) Utvrđivanje povezanosti bazičnih dimenzija ličnosti sa depresijom povezanom sa rođenjem deteta.
- (2) Utvrđivanje povezanosti obrazaca emocionalne privrženosti u primarnoj porodici sa depresijom povezanom sa rođenjem deteta.
- (3) Utvrđivanje uticaja percepcije partnerskog odnosa na predikciju depresije povezane sa rođenjem deteta.

3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

3.1. Predmet istraživanja

Predmet ovog istraživanja čini sledeće: ispitivanje obrasca emocionalne privrženosti i specifičnih dimenzija ličnosti koje čine psihološko funkcionisanje žena sa dijagnostikovanim depresivnim poremećajem u periodu trudnoće i puerperijuma; (dis)funkcionalnost partnerskog odnosa; da li postoje razlike ispitivanih pojava u odnosu na kliničku populaciju žena sa depresivnim poremećajem koji nije povezan sa životnim ciklusom rođenja deteta.

Istraživanja ukazuju na povezanost partnerskog odnosa, integracije uloga roditelja i depresije, tj. da disharmonični bračni odnosi i nedeostatak podrške mogu biti faktori rizika za razvoj PPD, ali i da roditeljstvo može dovesti do povećanog stresa kod oba roditelja kao i da utiče na zadovoljstvo bračnim odnosom. U kliničkoj praksi zapaža se da sve veći parova dolazi na porodičnu terapiju u periodu tranzicije u roditeljstvo, kao i žena kojima je potreban medicinski tretman u periodu trudnoće i puerperijuma. Takav trend otvorio je mnoga etiološka, klinička i prognostička pitanja i dileme koja će biti predmet ovog i daljih istraživanja na ovoj populaciji.

Depresija je heterogeno oboljenje, a dosadašnje studije su ukazale na izvesne sličnosti PPD i depresije koja se javlja u bilo kojem razdoblju života. Stoga je potrebno ispitati da li se etiološki faktori koje razmatraju ovaj rad razlikuju u ove dve kliničke populacije. U fokusu istraživanja biće osobine ličnosti i stilovi afektivnog vezivanja, kao dispozicionim odlikama koje mogu povećati vulnerabilnost za razvoj PPD. Dosadašnja istraživanja uglavnom su ispitivala specifičnosti kliničke slike, prevalence, toka i prognoze depresivnog poremećaja. Malobrojne su sveobuhvatne studije, koje bi uključile dispozicionih odlike kao važan etiološki činilac u razvoju oboljenja. Nadamo se da će dobijeni rezultati doprineti boljem razumevanju psiholoških karakteristika osoba obolelih od PPD, i moguće implikacije za dalji klinički i psihoterapijski rad sa ovom specifičnom grupom pacijenata.

3.2. Varijable istraživanja

3.2.1. Zavisne varijable

Stepen depresivnosti – numerička varijabla operacionalizovana preko Bekovog inventara depresivnosti (BDI).

Dimenzije ličnosti – numeričke varijable, definisane preko petofaktorskog modela ličnosti, operacionalizovane preko pet skala NEO PI-R inventara ličnosti: **Neuroticizam** (emocionalna stabilnost nasuprot emocionalnoj nestabilnosti), **Ekstroverzija** (nasuprot introverziji), **Otvorenost** (nasuprot konvencionalnosti), **Saradljivost** (nasuprot antagonizmu) i **Savesnost** (nasuprot dezinhibiciji odnosno diskontroli).

Afektivna privrženost u primarnoj porodici – kategorička varijabla, operacionalizovana preko Inventara odnosa sa roditeljima (Parental Bonding Inventory - PBI), na kojoj su ispitanici na osnovu numeričkih skorova raspoređeni na četiri kategorije roditeljskog stila: **optimalno roditeljstvo, povišena briga i kontrola, kontrola bez brige i zanemarivanje.**

Percepcija partnerskog odnosa - kategorička varijabla, operacionalizovana preko Skale za procenu dijadne prilagođenosti (Dyad Adjustment Scale - DAS), na kojoj su ispitanici na osnovu numeričkih skorova raspoređeni na četiri kategorije kvaliteta partnerske relacije: **veštine pregovaranja, zadovoljstvo, kohezija i privrženost.**

3.2.2. Nezavisne varijable

Depresija povezana sa roditeljstvom – kategorička varijabla podeljena prema dijagnostikovanom depresivnom poremećaju u periodu trudnoće i puerperijuma i kod žena koje nisu trudne i nisu rađale unazad godinu dana.

3.3. Instrumenti

3.3.1. **Bekov inventar depresivnosti (Beck i sar., 1961)** (Beck's Depression Inventory – BDI-II) koristi se kao mera samoprocene nivoa depresivnih simptoma. BDI-II ima adekvatne metrijske karakteristike ($\alpha=0.88$) i često se koristi za procenu depresivnih simptoma i u kliničkom i u opštem uzorku (Beck i sar., 1988). BDI-II sadrži 21

ajtem koji služe proceni težine depresivnih simptoma. Ispitanici ocenjuju koliko često su u poslednjih nedelju dana iskusili svaki od simptoma na četvorostepenoj Likertovoj skali (0-nikad, 3-stalno) a mogući raspon skorova je od 0 do 63.

- 3.3.2. **NEO-PI-R (Costa i Mc Crae, 1992)** samoopisni upitnik za merenje pet bazičnih dimenzija ličnosti: Neuroticizam (N), Ekstroverzija (E), Otvorenost (O), Saradljivost (A) i Savesnost (C). Instrument sadrži 240 stavki na kojima ispitanici procenjuju stepen slaganja na petostepenoj skali Likertovog tipa. Struktura inventara podrazumeva pet skala od kojih svaka sadrži 6 subskala sa po 8 ajtema koji mere zasebene aspekte crta ličnosti u okviru svake od pet osnovnih dimenzija. Ovaj upitnik ima zadovoljavajuće metrijske karakteristike i u našoj populaciji, a skale i sub skale pokazuju visoku pouzdanost (u rasponu $\alpha=.80-.90$). U Tabeli 3.3.2.1 prikazane su skale i subskele i njihov osnovni predmet merenja (Knežević i sar., 1997).

Tabela 3.3.2.1. Skale inventara ličnosti NEO PI-R i njihov osnovni predmet merenja

N	NEUROTICIZAM	
N1	ANKSIOZNOST	strašljivost, zabrinutost, napetost
N2	GNEVNI HOSTILITET	osećaj gneva, frustriranosti, iritiranosti i ogorčenosti
N3	DEPRESIJA	osećanje krivice, tuge, bespomoćnosti i usamljenosti
N4	UZNEMIRUJUĆA SAMOUSREĐENOST	stid, uznemirenost, nelagodnost u kontaktima sa ljudima, osetljivost na ogovaranje, sklonost osećanju inferiornosti
N5	IMPULSIVNOST	nemogućnost kontrole impulsa i nagona
N6	PREOSETLJIVOST	osetljivost na stres, slab kapacitet prevazilaženja stresa, sklonost zavisnosti i panici u stresnim okolnostima
E	EKSTROVERZIJA	
E1	TOPLINA	emocionalnost, prijateljska nastrojenost, lako stvaranje emocionalnih veza, naklonost prema drugim ljudima
E2	DRUŽELJUBIVOST	druželjubivost, nastojanje da se bude okružen drugim ljudima
E3	ASERTIVNOST	dominacija, snaga, socijalni uspon
E4	AKTIVITET	brz tempo, snažni, energijom nabijeni pokreti, nastojanje da se nešto stalno radi
E5	POTRAGA ZA UZBUDJENJIMA	žudnja za uzbuđenjem i stimulacijom
E6	POZITIVNE EMOCIJE	nastojanje da se iskuse pozitivne emocije kao što su radost, sreća, ljubav i uzbuđenje

O	OTVORENOST	
O1	FANTAZIJA	živa imaginacija, česta dnevna sanjarenja kao način da se za sebe kreira jedan interesantan unutrašnji svet
O2	ESTETIKA	jaka nakloost i oduševljenje za umetnost i lepo
O3	OSEĆANJA	visoka receptivnost za sopstvena osećanja, vrednovanje emocija kao važnog aspekta života, dublje proživljavanje situacija, izdiferenciraniji, rafiniraniji i intenzivniji emocionalni život
O4	AKCIJA	želja da se probaju različite aktivnosti, vide nova mesta, proba neobična hrana itd. preferencija novine i raznolikosti u odnosu na poznato i rutinsko
O5	IDEJE	intelektualna radoznalost, otvorenost uma, spremnost da se razmotre nove, nekonvencionalne ideje
O6	VREDNOSTI	otvorenost u odnosu na vrednosti, spremnost da se preispitaju socijalne, političke i religiozne vrednosti
A	SARADLJIVOST	
A1	POVERENJE	verovanje da su drugi ljudi poštene i dobronamerni
A2	ISKRENOST	iskrenost, poštenje, čestitost
A3	ALTRUIZAM	aktivna briga za dobrobit drugih, velikodušnost, nesebičnost, spremnost da se pomogne drugima
A4	POPUSTLJIVOST	inhibicija agresivnosti, poštovanje drugih, sklonost da se oprost i zaboravi, blagost, dobronamernost
A5	SKROMNOST	skromnost, povučenost
A6	BLAGA NARAV	simpatija i briga za druge, naglašavanje humanih aspekata socijalne politike
C	SAVESNOST	
C1	KOMPETENCIJA	osećaj sopstvene efikasnosti, snage, sposobnosti, poverenje u sebe
C2	RED	čistoća, urednost, dobra organizovanost
C3	DUŽNOST	ponašanje vođeno osećanje dužnosti, striktno prihvatanje etičkih principa i skrupulozno ispunjavanje moralnih obaveza
C4	POSTIGNUĆE	razvijen motiv za postignućem, visok nivo aspiracija, spremnost da se mnogo i naporno radi da bi se postigao određeni cilj
C5	SAMO-DISCIPLINA	sposobnost da se počne neki posao i da se istraje na njemu do kraja uprkos dosadi i drugim distraktorima, sposobnost pojedinca da motiviše sebe u dovoljnoj meri kako bi završio neki posao ili zadatak
C6	PROMIŠLJENOST	dispozicija da se pažljivo promisli pre nego što se krene u neku akciju

3.3.3. **Inventar odnosa sa roditeljima (Parker i sar., 1979)** (Parental Bonding Inventory - PBI) (Parker, 1979) meri stilove roditeljstva retrospektivnom procenom od strane deteta. Instrument klasifikuje specifične stilove roditeljstva na osnovu dve dimenzije: 1) dimenzija „nege“ čine roditeljska briga, responzivnost i toplina i 2) dimenzija „kontrola i prezaštićivanja“. Na osnovu skorova određuje 4 roditeljska stila: optimalno roditeljstvo, povišenu brigu i kontrolu, kontrolu bez brige i zanemarivanje. Instrument ispituje vezu između percipiranog roditeljskog ponašanja i pojedinih aspekata funkcionisanja, tj. kako navedeni stilovi roditeljstva utiču na

kvalitet odnosa sa potomstvom. Od 25 stavki 12 stavki čine dimenziju „nege“ (u rasponu od 0 do 36). Visoki skorovi odražavaju percepcija roditelja kao toplog, punog razumevanja i prihvatajućeg, dok niski skorovi predstavljaju percepciju roditelja kao hladnih i odbacujućih. Postoje 13 stavki koje procenjuju dimenziju kontrole/prezaštićivanja (u rasponu od 0 do 39). Visoki skorovi ukazuju da ispitanik roditelje opaža kao prezaštićujuće, uz onemogućavanje da se razvija autonomno ponašanje. Od ispitanika se traži da oceni roditeljsko ponašanje u odnosu na prvih 16 godina njegovog/njenog života, procenjujući stepen slaganja na četvorostepenoj skali Likertovog tipa (veoma se slažem= 3 uopšte se ne slažem = 0). Instrument formira 2 različita skora, jedan opisuje odnos sa majkom, a drugi sa ocem. Prilikom ocenjivanja subskala „nege“, ajtemi 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 i 25, i tvrdnje 8, 9, 10, 13, 19, 20 i 23 na dimenziji „kontrola i prezaštićivanje“ se obrnuto kodiraju (0-3). Procenjuje se dvofaktorska struktura PBI, kao dve odvojene skale i dve ukupne ocene izračunate na osnovu skorova subskala. Visoki skorovi na dimenziji „nege“ i niski skorovi na dimenziji „kontrola i prezaštićivanja“ predstavljaju pozitivnu ocenu roditeljskog ponašanja. Istraživanja su pokazala dobru pouzdanost PBI inventara ($\alpha=0,76$ za dimenziju „nege“ i $\alpha=0,63$ za dimenziju „kontrola i prezaštićivanja“), a studija validnosti PBI ukazuje na slaganje rezultata testa sa podacima dobijenim iz intervjua (nega: 0.77; kontrola i prezaštićivanje: 0.50) (Kapci i Kucuker, 2006).

- 3.3.4. **Skala za procenu dijadne prilagođenosti (Graham i Spanier, 1974)** (Dyad Adjustment Scale – DAS) (Spanier, 1976) je upitnik za procenu prilagođenosti u partnerskom odnosu kao jedan od aspekata kvaliteta bračne relacije. Predstavlja upitnik samoprocene, koji sadrži 32 ajtema, na kojima ispitanik procenjuje stepen slaganja na šesto i sedmo stepenoj skali. Opažanje prilagođenosti partnera u bračnom odnosu ispituje se kroz usaglašenost partnera u 4 dimenzije: konsenzus u dijadi; satisfakciju (zadovoljstvo) bračnim odnosom; kohezivnost, i afektivnu ekspresivnost (emocionalno izražavanje). Odgovori na ukupno 13 pitanja (ajtemi 16-23, 31 i 32) formiraju skor (od 0-24) na subskali „Dijadni konsenzus“, koji

predstavlja opaženi nivo usaglašavanja partnera oko relevantnih oblasti svakodnevnog funkcionisanja (vođenje porodičnih finansija, rekreaciju, religioznost, odnose sa prijateljima i rođacima, životnu filozofiju, donošenje značajnih odluka, kućne obaveze, aktivnosti u slobodnom vremenu). Subskala „Dijadna satisfakcija“ (zadovoljstvo) predstavljena tvrdnjama 1-3, 5, 7-15, a ukupni skor (0-50) odražava stepen napetosti u partnerskom odnosu (razmišljanje o razvodu, ponašanje posle svađe, poverenje u partnera, žaljenje zbog zajedničkog življenja, svađe, netrpeljivost, ispoljavanje nežnosti, stepen sreće u partnerskom odnosu, osećanja u vezi sa budućim partnerskim odnosom). Visok skor u ovoj dimenziji pokazuje aktuelno zadovoljstvo odnosom i spremnost partnera da nastave vezu. Subskala „Dijadna afektivna ekspresija“ predstavljena tvrdnjama 4, 6, 29 i 30 (ispoljavanje osećanja, seksualni odnosi, pokazivanje ljubavi), dobijeni numerički pokazatelj (skor 0-12), meri individualno zadovoljstvo partnera u seksualnim i ljubavnim odnosima. Subskala „Dijadna kohezija“ predstavljena tvrdnjama 24-28, odnosi se na zajedničke aktivnosti vezane za zajednička interesovanja (pitanja o zajedničkim interesovanjima van kuće, podsticanje razmene ideja, zajednički smeh, mirna diskusija o nečemu, zajednički rad na nekom poslu). Dobijeni skor (0-65) meri stepen međusobne emocionalne povezanosti partnera - stepen uključenosti partnera u slična interesovanja i aktivnosti. Instrument DAS koristi se za kliničko istraživanje prilagođenosti parova i ima široku primenu u proceni dijade, terapijskom radu, predviđanju ponašanja (Prouty i sar., 2000). Dobijena je visoka pouzdanost skale ($\alpha=.96$) i subskala (dijadno zadovoljstvo $\alpha = .94$; konsenzus u dijadi $\alpha = .90$; kohezivnost $\alpha = .86$; i emocionalno izražavanje $\alpha = .73$) (Spanier, 1976).

3.4. Hipoteze istraživanja

1. Prelazak u životni ciklus osobe sa malim detetom donosi više promena u odnosu na druge faze životnog ciklusa (Knauth, 2001), negativno utiče na partnerski odnos (Cox i sar., 1999; Cowan i Cowan, 1995; Helms-Erikson, 2001; Lawrence i sar., 2008). U skladu sa empirijskim podacima, *očekuje se da*

će kod depresija povezanih sa životnim ciklusom rođenja deteta statistički značajno biti prisutniji oblici partnerske disfunkcionalnosti u odnosu na depresije koje nisu povezane sa životnim ciklusom rođenja deteta.

2. Mentalno zdravlje žene u potpartalnom periodu povezuje se sa specifičnim očekivanjima, socijalnom podrškom i specifičnim osobinama ličnosti, pre svega emocionalne stabilnosti, zatim ekstroverzije i savesnost (Cox i sar., 1999; Reić Ercegovac, 2011; Reić Ercegovac i Penezić, 2012), a kao protektivni faktori se izdvajaju samopoštovanje i optimizam (Fazlagić i Soleša-Grijak, 2012; Austin, 2003; Lee i sar., 2007). Međutim, veza između ekstroverzije i emocionalne stabilnosti i zadovoljstvom životom nije usko specifična za populaciju trudnica i porodilja, već je opšta karakteristika povezana sa mentalnim zdravljem (Hills i Argyle, 2001). Pored toga, interpersonalna zavisnost i samokritičnost koja se ispoljava i pojačava u odnosu sa okruženjem, uočeni su kao ključne karakteristike ličnosti u razvoju depresije uopšte (Bamett, 1988; Blatt, 1982). Emocionalna nestabilnost je faktor opšte vulnerabilnosti i redukovanih kapaciteta za prevladavanje stresnih situacija i povezana je sa internalizujućim (emocionalni) poremećajima koji se povezuju sa osobinama anksioznosti, depresivnosti i poremećajima povezanim sa anksioznošću (Krueger, 2001; Krueger, 2006). U skladu sa uočenim sličnostima u domenu osobina ličnosti, ispitivanih na opštoj populaciji, populaciji trudnica i porodilja sa postpartalnom depresijom, kao i žena sa depresijom nevezanom za puerperijum, *pretpostavljamo da kod depresija povezanih sa životnim ciklusom rođenja deteta ne postoje značajne razlike u bazičnim dimenzijama ličnosti u odnosu na depresije koje nisu povezane sa životnim ciklusom rođenja deteta.*
3. Mnoga istraživanja uvidela su vezu između roditeljskog i detetovog obrasca afektivne vezanosti (Main I sar., 1985; Benoit i Parker, 1994; Rosenstein i Horowitz, 1996; Cassidy, 2008), a nesigurni stilovi vezivanja (ambivalentni i izbegavajući) su povezivani sa razvojem kliničke depresije (Bifulco i sar., 2002a; Bifulco i sar., 2002b; Amani i sar., 2017) i smatraju se obrascem privrženosti koji je vulnerabilan za psihopatologiju (George i West, 2002).

Postoje studije koje ukazuju na transgeneracijski prenos privrženosti i ističu značaj doživljaj prihvaćenosti u odnosu na svoje majke, kao optimalnu bazu za uspostavljanje sigurne privrženosti sa novorođenčecom (Stefanovic-Stanojević, 2000). *Posmatrajući multigeneracijsku dimenziju, može se pretpostaviti da su disfunkcionalni obrasci emocionalne privrženosti u primarnj porodici značajno povezani sa razvojem depresije u u životnom ciklusu rođenja deteta.*

3.5. Statistička obrada

Podaci prikupljeni u istraživanju statistički su obrađeni pomoću IBM SPSS programskog paketa. Dobijeni rezultati su prikazani deskriptivno, a za utvrđivanje veza između merenih pojava i donošenje zaključaka primenjene su metode statistike zaključivanja. Na osnovu analize distribucije rezultata i prirode varijabli odlučili smo se za parametrisjku (t-test) i/ili neparametrijsku statistiku (h2test) u računanju postojanja statistički značajnih razlika po primenjenim varijablama u grupama depresija. U računanju postojanja razlika po grupama depresija u odnosu na emocionalnu privrženost u primarnoj porodici i procene kvaliteta partnerskog osnosa koristili smo Kanoničku diskriminacionu analizu.

3.6. Sprovođenje istraživanja

Istraživanje je sprovedeno u Odseku za perinatalnu i reproduktivnu psihijatriju i Odeljenju za specijalističko-konsultativne preglede odraslih Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu. Podaci su prikupljeni u periodu od januara 2016. do juna 2017. godine. Sve ispitanice su dobrovoljno popunjavale: Upitnik sociodemografskih karakteristika, Upitnik NEO-PI-R, Bekov inventar depresivnosti (BDI-II), Inventar odnosa sa roditeljima (PBI), Skala za procenu dijadne prilagođenosti (DAS). Ispitanice su pre učešća u istraživanju potpisale Informisani pristanak (potpis inicijalima radi zaštite identiteta) u kojem se garantuje anonimost i upotreba podataka u naučno-istraživačke svrhe. Istraživanje predstavlja studiju preseka, odobreno je od strane Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje i obavljeno je po principima dobre naučne prakse Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

4. REZULTATI

4.1. Opis uzorka

Uzorak čini 80 ispitanica (N=80) koje su dobrovoljno pristale da učestvuju u ovom istraživanju. Uzorak se sastojao od dve grupe, ujednačene po nivou obrazovanja i uzrastu, a diferenciraju se na varijabli *Postpartalna depresija*, u dve ispitivane grupe. U ispitivanoj grupi 1 učesnice istraživanja su ispunile kriterijum – imaju dijagnostikovan depresivni poremećaj i nalaze se u periodu trudnoće ili puerperijuma (N=40), čine neslučajan, prigodan uzorak dobijen iz populacije psihijatrijskih pacijenata. Drugi deo su činile ispitanice koje nisu trudne i nisu rađale unazad godinu dana a kod kojih je dijagnostikovan depresivni poremećaj (N=40).

Uzorak ispitanika činio je 80 pacijentkinja podeljenih u dve grupe:

1. 40 pacijentkinja u grupi depresija povezana sa roditeljstvom (studijska grupa);
2. 40 pacijentkinja kod kojih je dijagnostikovan depresivni poremećaj koji nije u vezi sa roditeljstvom, odnosno trudnoćom i purperijumom (kontrolna grupa).

Prosečan uzrast celog uzorka iznosi $AS=31.65$; $SD=5.56$ (opseg od 20 do 45 godina). U grupi pacijentkinja čija je depresija povezana sa roditeljstvom $AS=31.17$; $SD=4.28$ (opseg od 21 do 41). U kontrolnoj grupi pacijentkinja $AS=32.12$; $SD=6.62$ (opseg od 20 do 45). Primenjen je hi kvadrat test kako bismo utvrdili da li se grupe razlikuju po uzrastu i utvrđeno je da ne postoje statistički značajne razlike po uzrastu između grupa ($hi^2=17.46$; $p=0.79$). U tabeli broj 4.1.1. moguće je videti prikaz distribucije po godinama u ispitanim grupama i u ukupnom uzorku.

Tabla br. 4.1.1. Distribucija uzorka po godinama

	Depresija- roditeljstvo	Kontrolna grupa	Ukupno
20	0	1	1
21	1	1	2
22	0	1	1
23	0	1	1
24	1	0	1
25	2	2	4
26	1	2	3
27	2	3	5
28	3	2	5
29	4	2	6
30	3	1	4
31	4	5	9
32	6	2	8
33	3	3	6
34	2	1	3
36	5	2	7
37	0	2	2
38	1	1	2
39	0	1	1
40	1	2	3
41	1	1	2
43	0	1	1
44	0	2	2
45	0	1	1
Ukupno	40	40	80

Analiza bračnog stanja ispitanica u ukupnom uzorku pokazala je sledeće (grafikon br. 1):

- 65,2% je u braku
- 13,0% se nalazi u vanbračnoj zajednici
- 10,9% se nalazi u partnerskoj relaciji i

- 10,9% je bez partnera.

Analiza bračnog stanja ispitanica u uzorku depresija povezanih sa roditeljstvom pokazala je sledeće (videti grafikon br. 2):

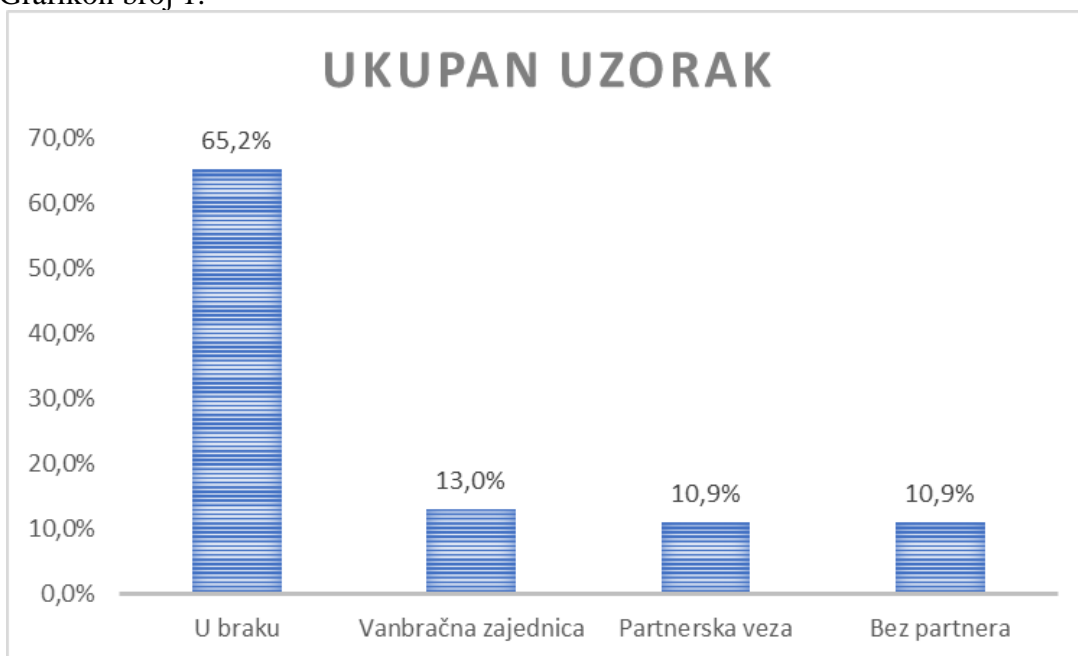
- 68,0% je u braku
- 16,0% se nalazi u vanbračnoj zajednici
- 12,0% se nalazi u partnerskoj relaciji i
- 4,0% je bez partnera.

Analiza bračnog stanja ispitanica u uzorku kontrolne grupe pokazala je sledeće (grafikon br. 3):

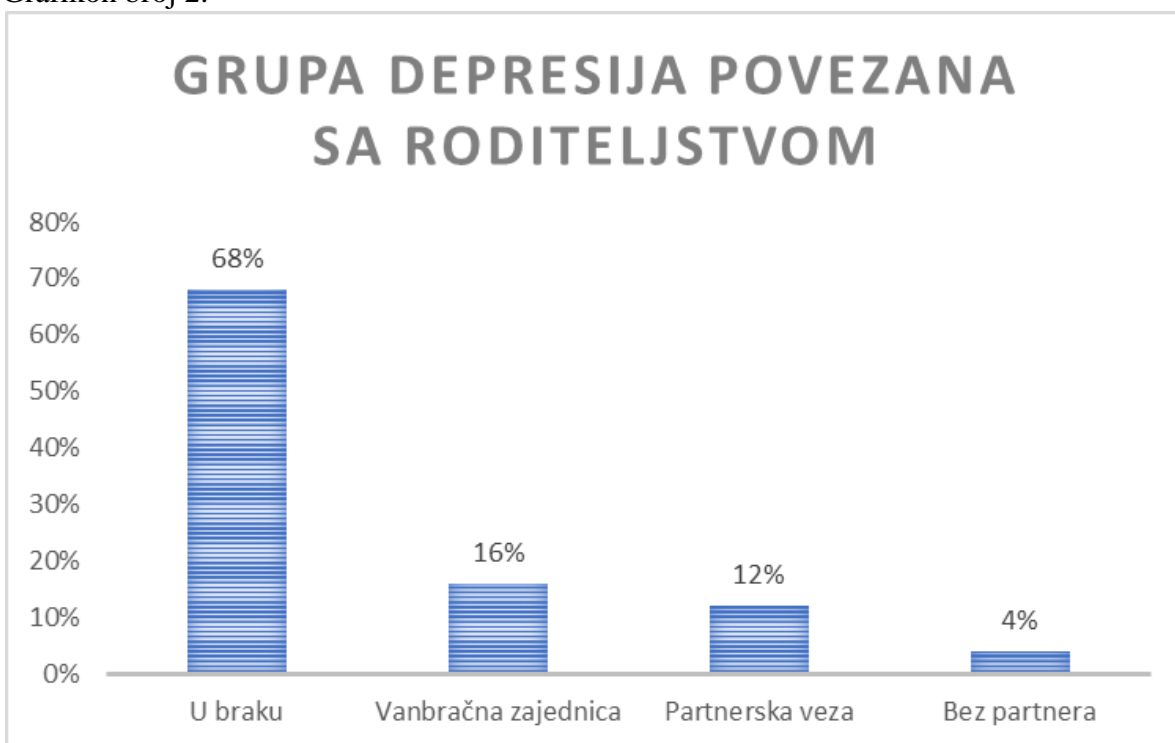
- 62,0% je u braku
- 9,5% se nalazi u vanbračnoj zajednici
- 9,5% se nalazi u partnerskoj relaciji i
- 19,0% je bez partnera.

Na osnovu analize hi kvadrat testa pokazano je da se grupe ne razlikuju po bračnom statusu ($hi^2=2.88$; $p=0.41$)

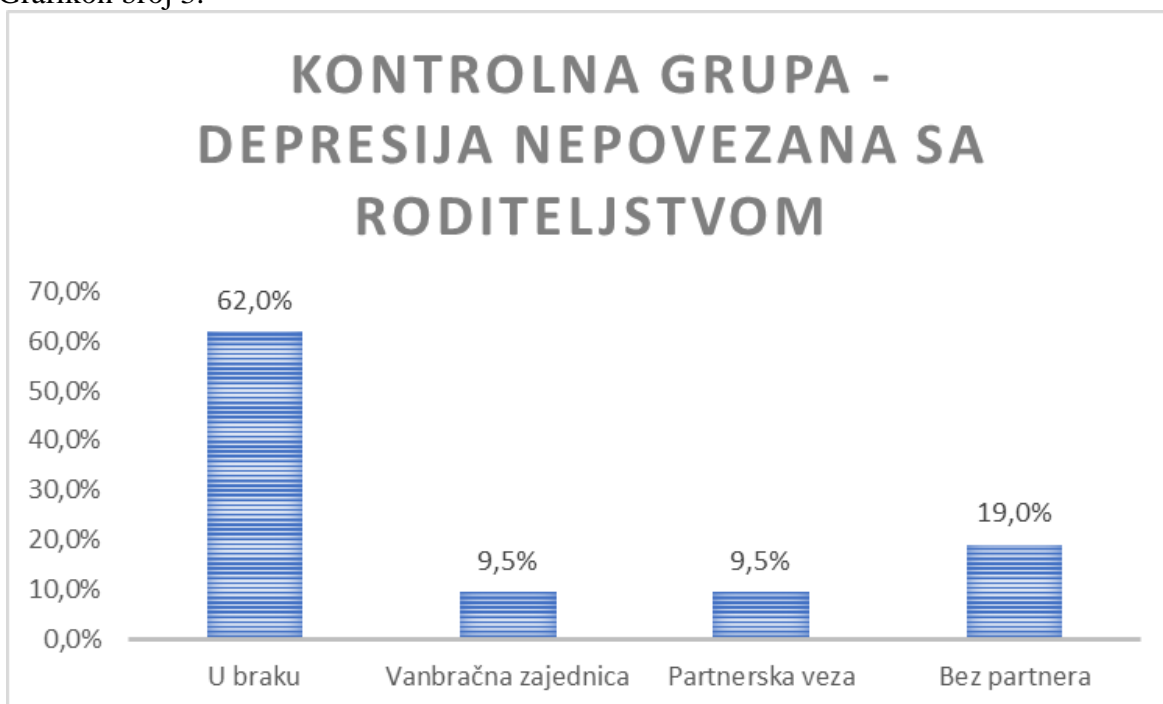
Grafikon broj 1.



Grafikon broj 2.



Grafikon broj 3.



4.2. Dužina trajanja relacija i razlike između grupa

Prosečna dužina trajanja relacije (bračne/vanbračne/partnerske) izraženo u godinama u grupi ispitanica čija je depresija povezana sa roditeljstvom iznosi $AS=4.38$; $SD=3.1$ (opseg od 1 do 12).

Prosečna dužina trajanja relacije (bračne/vanbračne/partnerske) izraženo u godinama u grupi ispitanica čija depresija nije povezana sa roditeljstvom iznosi $AS=10.15$; $SD=5.93$ (opseg od 2 do 20).

Razlike između grupa su statistički značajne u korist grupe ispitanica čija depresija nije povezana sa roditeljstvom u smislu da je njihovo trajanje relacija duže ($t=-3.77$; $p<0.001$.)

4.3. Depresija i razlike između grupa

Sve ispitanice su ispunile kriterijume za Depresivni poremećaj prema kriterijumima Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) u momentu uključivanja u studiju. Testovni material je zadavan u momentima kada je stepen depresivnosti bio redukovano kako bi se izbegao efekat stanje-crta (engl. state-trait effect) (Hirschfeld i sar., 1983), odnosno uticaj aktuelnog stanja povišene depresivnosti na procenu sebe (dimenzije ličnosti), partnerskih relacija i odnosa sa roditeljima u detinjstvu.

S tim u vezi prosečan skor na BDI u momentu popunjavanja testovnog materijala u grupi ispitanica čija je depresija povezana sa roditeljstvom iznosi $AS=9.76$; $SD=9.9$ (opseg od 0 do 31). Prosečan skor na BDI u momentu popunjavanja testovnog materijala u grupi ispitanica čija depresija nije povezana sa roditeljstvom iznosi $AS=13.45$; $SD=10.87$ (opseg od 0 do 41). Na osnovu t testa nije utvrđeno postojanje razlike po grupama na BDI: $t=-1.56$; $p=0.12$. Ovo znači da razlike koje su dobijene u uzorcima nisu posledica uticaja različitog intenziteta depresivnosti u grupama.

4.4. Petofaktorski model ličnosti i razlike između grupa

Na osnovu t testa nije utvrđeno postojanje razlike po grupama ni na jednom faktoru/domenu ličnosti između grupa (Tabela br.4.4.1.). Zbog toga smo analizirali

subskale/facete petofaktorskog modela ličnosti kako bismo utvrdili da li na nekoj od subskala postoje eventualne razlike između dve ispitane grupe.

Tabela 4.4.1 Dimenzije ličnosti i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Neuroticizam	94.74	33.95	104.15	26.19	-1.38	.17
Ekstroverzija	104.46	19.64	99.72	23.32	.97	.33
Otvorenost	116.05	21.87	111.65	21.12	.91	.37
Saradljivost	122.82	15.84	122.15	16.25	.19	.85
Savesnost	119.05	23.14	116.47	22.90	.50	.62

I Faktor: Neuroticizam i razlike između grupa

Analiza razlika ukazuje na postojanje jedne subskale koja razdvaja značajno dve ispitane grupe. Dakle na subskali vulnerabilnost kontrolna grupa postiže značajno više skorove, odnosno grupa u kojoj je depresija povezana sa roditeljstvom je manje vulnerabilna u odnosu na kontrolnu grupu (Tabela broj 4.4.2.)

Tabela 4.4.2. Neuroticizam i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Anksioznost	16.69	7.55	18.70	6.43	-1.27	0.21
Hostilnost	14.15	6.35	15.72	5.48	-1.18	0.24
Depresivnost	15.03	7.54	17.55	6.00	-1.65	0.10
Samousređenost	17.03	6.32	16.12	5.68	0.67	0.51
Impulsivnost	18.87	5.51	19.60	4.24	-0.66	0.511
Vulnerabilnost	12.92	6.29	16.45	5.11	-2.74	0.01

II Faktor: Ekstroverzija i razlike između grupa

I na ovom faktoru analiza razlika ukazuje na postojanje samo jedne subskale koja značajno razdvaja dve ispitane grupe. Na subskali pozitivne emocija kontrolna grupa postiže značajno niže skorove, odnosno ispitanice u grupi u kojoj je depresija povezana sa roditeljstvom pokazuju tendenciju da više doživljavaju pozitivne emocije u odnosu na kontrolnu grupu (Tabela broj 4.4.3.)

Tabela 4.4.3. Ekstroverzija i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Toplina	19.67	2.99	19.17	3.79	0.64	0.52
Gregarnost	17.61	5.48	17.37	6.67	0.17	0.86
Asertivnost	14.56	5.90	14.62	5.29	-0.05	0.96
Aktivnost	17.59	4.24	16.77	5.25	0.76	0.45
Uzbuđenje	14.87	5.27	15.12	5.63	-0.21	0.84
Pozitivne emocije	20.15	5.00	16.62	5.97	2.84	0.01

III Faktor: Otvorenost i razlike između grupa

Analaizirajući faktor Otvorenost nije izolovana ni jedna subskala koja značajno razdvaja dve grupe ispitanica (Tabela 4.4.4.)

Tabela 4.4.4. Otvorenost i i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Fantazija	19.00	6.02	16.90	6.57	1.48	0.14
Estetika	20.77	7.37	22.20	5.50	-0.98	0.33
Emocije	23.13	3.85	21.72	4.60	1.47	0.15

Akcija	15.23	3.72	14.10	3.56	1.38	0.17
Ideje	17.92	6.06	17.80	5.89	0.09	0.93
Vrednosti	20.05	3.76	18.92	3.92	1.30	0.20

IV Faktor: Saradljivost i razlike između grupa

Analizirajući faktor Saradljivosti nije izolovana ni jedna subskala koja značajno razdvaja dve grupe ispitanica (Tabela broj 4.4.5.).

Tabela 4.4.5. Saradljivost i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Poverenje	20.28	4.63	19.37	5.42	0.80	0.43
Pravednost	21.26	4.58	22.12	5.05	-0.80	0.43
Altruizam	23.74	3.83	23.32	3.28	0.52	0.60
Učtivost	17.46	5.33	17.55	4.82	-0.08	0.94
Skromnost	17.72	4.15	17.47	5.58	0.22	0.83
Blaga narav	22.36	3.91	22.27	3.33	0.10	0.92

V Faktor: Savesnost i razlike između grupa

Analizirajući faktor Savesnost nije izolovana ni jedna subskala koja značajno razdvaja dve grupe ispitanica (Tabela broj 4.4.6.).

Tabela 4.4.6. Savesnost i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Kompetentnost	19.97	5.12	19.32	5.13	0.56	0.57
Red	19.36	4.34	18.47	4.11	0.93	0.35
Dužnost	23.54	4.08	24.12	3.84	-0.66	0.51

Postignuće	20.26	4.52	19.05	5.21	1.10	0.28
Disciplinovanost	19.72	5.04	19.05	5.37	0.57	0.57
Promišljenost	16.20	7.05	16.45	6.88	-0.16	0.88

4.5. Partnerske relacije i razlike između grupa

Na osnovu analize doživljaja partnerskih relacija merenih upitnikom DAS i razlika između dve grupe dobijeno je da je doživljaj partnerskih relacija u grupi depresija povezanih sa roditeljstvom bolji nego u grupi depresija nepovezanih sa roditeljstvom. Konkretnije, zadovoljstvo i doživljaj zajedništva bili su bolji u grupi depresija povezanih sa roditeljstvom, dok u proceni konsenzusa sa partnerom i međusobne razmene nije bilo razlika između grupa (Tabela broj 4.5.1.)

Tabela br 4.5.1. Partnerske relacije i razlike po grupama

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Konsenzus	50.28	10.95	46.53	13.54	.99	.33
Zadovoljstvo	37.68	5.98	32.59	9.14	2.19	.03
Razmena	8.76	2.38	8.12	3.35	.73	.47
Zajedništvo	19.12	4.54	12.76	6.30	3.80	.00
DAS - ukupno	114.88	20.41	100.00	27.29	2.02	.05

S obzirom na to da postoje značajne razlike u dužini trajanja relacija u dve grupe ispitanica, proverili smo da li je doživljaj partnerskih relacija u vezi sa godinama trajanja relacije. U tabeli broj 4.5.2. prikazani su Pirsonovi koeficijenti lineranih korelacija između

subskala DA i ukupnog skora DAS i godina trajanja relacije. Nijedna dobijena korelacija nije značajna, što znači da dobijene razlike po grupama se ne mogu pripisati razlikama u dužini trajanja partnerskih relacija.

Tabela 4.5.2. Korelacija dužine trajanja relacije i subskala DAS

Dužina trajanja relacije	Konsenzus	Zadovoljstvo	Razmena	Zajednistvo	DAS-ukupno
Korelacija	.102	-.263	-.019	-.292	-.127
p	.561	.127	.915	.088	.469

4.6. Roditeljsko vezivanje i razlike između grupa

Kada je u pitanju procena odnosa sa roditeljima u detinjstvu (pre 16. godine) dobijeni rezultati ukazuju da u grupi pacijentkinja čija je depresija povezana sa roditeljstvom odnos sa majkom opažaju kao manje zaštitnički, dok oca opažaju kao više brižnog u odnosu na pacijentkinje čija depresija nije povezana sa roditeljstvom (Tabela broj 4.6.1.).

Tabela 4.6.1. Roditeljsko vezivanja i razlike po grupama ispitanica

	Depresija-roditeljstvo		Kontrolna grupa		t	p
	AS	SD	AS	SD		
Briga - majka	23.54	10.11	23.29	10.21	.09	0.93
Zaštita - majka	12.06	7.76	18.64	10.59	-2.70	0.01
Briga - otac	25.92	7.05	19.57	9.80	2.83	0.01
Zaštita - otac	12.31	8.70	13.43	9.77	-0.45	0.65

4.7. Kanonička korelaciona analiza u diskriminaciji grupa pacijentkinja po značajnim varijablama

U cilju da preciznije utvrdimo udeo pojedinačnih statistički značajnih varijabli u razumevanju depresije povezane sa roditeljstvom, odnosno da bi preciznije utvrdili stepen važnosti pojedinačnih varijabli u diskriminaciji dve grupe pacijentkinja uradili smo Kanoničku diskriminacionu analizu.

Izolovana je jedna statistički značajna kanonička korelacija; Eigenvalue=1.45; Wilks' Lambda=0.41; Chi-square=27.84; $r=0.77$; $p<0.001$. U tabeli broj 4.7.1. prikazani su standardizovani kanonički koeficijenti diskriminatorne funkcije, a u tabeli broj 4.7.2. prikazana je struktura matrice. Na osnovu položaja grupnih centrida -1.02 za depresiju povzanu sa roditeljstvom i 1.34. za depresiju ne povzanu sa roditeljstvom možemo zaključiti da bolji doživljaj zajedništva sa partnerom uz doživljaj da je majka bila manje zaštitnički nastrojena u detinjstvu najbolje opisuje pacijentkinje čija je depresija povezana sa roditeljstvom i istovremeno te dve varijable prave najveću razliku između dve grupe pacijentkinja.

Tabela 4.7.1. Standardizovani kanonički koeficijenti diskriminatorne funkcije

	Funkcija
	1
Konsenzus	.319
Zadovoljstvo	.492
Razmena	-.500
Zajednistvo	-1.223
Briga-majka	.741
Zaštita - majka	1.235
Briga - otac	.053
Zaštita - otac	.328

Tabela 4.7.2. Struktura matrice kanoničke funkcije

	Funkcija
	1
Zajedništvo	-.469
Zaštita - majka	.433
Briga - otac	-.229
Zadovoljstvo	-.208
Zaštita - otac	.120
Konsenzus	-.064
Briga - majka	-.036
Razmena	-.028

5. Diskusija

Rezultati našeg istraživanja ukazali su na nekoliko važnih aspekata vezanih za razumevanje depresije koja se javlja u periodu povezanim sa rođenjem deteta a koji smo definisali kao period trudnoće i period puerperijuma, odnosno 12 meseci od porođaja. Najpre ćemo glavne rezultate sumirati:

1. U pogledu dimenzija ličnosti nije utvrđeno postojanje razlike između grupa ni na jednom faktoru/domenu ličnosti. Dakle, na osnovu bazičnih dimenzija ličnosti merenih petofaktorskim modelom ne možemo detektovati razlike u dimenzijama ličnosti kod pacijentkinja koje se nalaze u životnoj fazi povezanoj sa rođenjem deteta i pacijentkinja istog uzrasta koje se ne nalaze u istoj životnoj fazi.
2. Kada je reč o doživljaju partnerskih relacija naši rezultati pokazuju da je doživljaj partnerskih relacija u grupi pacijentkinja sa depresijom povezanom sa roditeljstvom nešto bolji nego u kontrolnoj grupi pacijentkinja sa depresijom nepovezanom sa roditeljstvom. Dve subskale zadovoljstvo i doživljaj zajedništva je nešto bolji u grupi pacijentkinja sa depresijom povezanom sa roditeljstvom, dok u proceni konsenzusa sa partnerom i međusobne razmene nije bilo razlika između grupa.
3. U analizi odnosa sa roditeljima u detinjstvu (pre 16. godine) dobijeni rezultati ukazuju da pacijentkinje čija je depresija povezana sa roditeljstvom odnos sa majkom opažaju kao manje zaštitnički, dok oca opažaju kao više brižnog u odnosu na pacijentkinje čija depresija nije povezana sa roditeljstvom.
4. Na kraju, kako bismo preciznije utvrdili udeo pojedinačnih statistički značajnih varijabli u razumevanju depresije povezane sa roditeljstvom, odnosno preciznije utvrdili stepen važnosti pojedinačnih varijabli u diskriminaciji dve grupe

pacijentkinja uradili smo Kanoničku diskriminacionu analizu. Rezultati su ukazali da bolji doživljaj zajedništva sa partnerom uz doživljaj da je majka bila manje zaštitnički nastrojena u detinjstvu najbolje opisuje pacijentkinje čija je depresija povezana sa roditeljstvom i istovremeno te dve varijable prave najveću razliku između dve grupe pacijentkinja.

U daljem tekstu prođiskutovaćemo svaki od navedenih rezultata uz analizu metodologije našeg istraživanja, uzimajući u obzir prednosti i ograničenja našeg dizajna u generalizaciji rezultata.

5.1. Uzorkovanje

Uzorak se sastojao od 80 pacijentkinja podeljenih u dve grupe:

3. 40 pacijentkinja u grupi depresija povezanih sa roditeljstvom;
4. 40 pacijentkinja kod kojih je dijagnostikovana depresivna poremećaja koji nije u vezi sa roditeljstvom, odnosno trudnoćom i porperijumom.

Kako bismo smanjili uticaj intervenišućih varijabli vodili smo računa da se grupe ne razlikuju po uzrastu, po bračnom statusu (najveću broj ispitanica u obe grupe nalazio se u braku, vanbračnoj zajednici ili partnerskoj relaciji, dok je najmanji broj ispitanica bio bez partnera) kao ni po intenzitetu depresije. Ovo je bilo važno kako bismo što je moguće više držali pod kontrolom navedene faktore koji značajno mogu uticati na rezultate.

1. Sazrevanje utiče na dimenzije ličnosti tako što se smanjuje neuroticizam, a povećava savesnost i saradljivost (Costa i McCrae, 2002; McCrae i sar., 2005; Srivastava i sar., 2003) dok je pokazano da otvorenost ima diferencijalni efekat u odnosu na sazrevanje u kliničkoj i nekliničkoj populaciji, odnosno da otvorenost raste u funkciji vremena kod osoba koje se sazrevanjem i starenjem nose na adekvatan način (Gregory i sar., 2010) kao i da je niska otvorenost prekursor kasnijih depresivnih epizoda (Vukosavljević-Gvozden i sar., 2017).
2. Činjenica da se obe grupe pacijentkinja ne razlikuju po bračnom statusu omogućava nam da razlike među grupama ne tumačimo u funkciji partnerskog statusa, odnosno omogućava nam da obe grupe pacijentkinja sagledavamo ravnopravno. Ovo je važno zato što je poznato da su među važnim okidačima za depresivnu epizodu

gubici/raskidi/razvodi (Ellis, 1985). U našem istraživanju u kontrolnoj grupi nisu uključene takve ispitanice.

3. Različiti intenzitet depresije može uticati kako na popunjavanje upitnika crta-stanje efekat (engl. state-trait effect; Hirschfeld i sar., 1983), tako i na doživaj sebe, prošlosti i ljudi (Bekova kognitivna trijada u depresiji, Beck, i sar., 1987). S toga je važno da smo obe grupe ispitanica izjednačili po intenzitetu depresije. Dakle, sve ispitanice su ispunile kriterijume za Depresivni poremećaj prema kriterijumima Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) u momentu uključivanja u studiju. Međutim, testovni material je zadavan kada je stepen depresivnosti bio redukovao kako bi se izbegao efekat stanje-crta, odnosno uticaj aktuelnog stanja povišene depresivnosti na procenu sebe (dimenzije ličnosti), partnerskih relacija i odnosa sa roditeljima u detinjstvu. Rezultati istraživanja ukazuju da su simptomi depresivnosti u obe grupe izraženi u blagom stepenu, što je u skladu sa dosadašnjim istraživanjima prema kojima se dobija podatak da više od polovine depresivnih epizoda u postpartumu zadovoljava kriterijume za blagu depresivnu epizodu, a mali broj za veliki depresivni poremećaj (Whiffen, 1991). Pored toga, nisu uočene razlike između postpartalne depresije i depresije nevezane za period puerperijuma. U prilog tome govori i studija na velikim uzorcima koja je pokazala da ne postoji povećan rizik za pojavu depresije u postpartalnom periodu u odnosu na bilo koje drugo razdoblje. Kada se kontrolišu sociodemografske karakteristike, istorija prethodnog depresivnog poremećaja, verovatnoća za pojavu depresije je 1,52. (Cooper i sar.1988; O'Hara, 1990).

5.2. Depresija povezana sa roditeljstvom i dimenzije ličnosti

Mentalno zdravlje žene u potpartalnom periodu povezuje se sa specifičnim očekivanjima, socijalnom podrškom i ulogom emocionalne stabilnosti kao osobinom ličnosti (Cox i sar., 1999). Ranije studije sugerišu da je emocionalna stabilnost obrnuto proporcionalna stepenu depresivnosti i predviđa niži stepen stresa, veće zadovoljstvo

brakom kod majki (Reić i Ercegovac, 2011), kao i povezanost ektraverzije sa zadovoljstvom životom u celini (Hills i Argyle, 2001; Reić i sar., 2012).

U našem istraživanju u pogledu dimenzija ličnosti nisu utvrđene razlike između grupa pacijentkinja ni na jednom faktoru/domenu ličnosti. Kao što je već naglašeno, na osnovu bazičnih dimenzija ličnosti merenih petofaktorskim modelom nismo detektovali razlike u dimenzijama ličnosti kod pacijentkinja koje se nalaze u životnoj fazi povezanoj sa rođenjem deteta i pacijentkinja istog uzrasta koje se ne nalaze u istoj životnoj fazi. Drugim rečima, dimenzije ličnosti predstavljaju supstantivnu varijablu za nastanak depresivnih poremećaja, a depresija povezana sa roditeljstvom ne predstavlja zaseban entitet koji bi bio modelovan od strane ličnosti drugačijim faktorima.

U istraživanju koje je predstavljalo osnov za ovo istraživanje (Nikolić i sar., 2019) ispitivali smo razliku u bazičnim dimenzijama ličnosti merenim preko petofaktorskog modela između grupe pacijenata kod kojih je dijagnostifikovan depresivni poremećaj i zdravih kontrola uz istovremenu analizu i polnih razlika. U istraživanju je učestvovalo 632 ispitanika podeljenih u dve nezavisne grupe: a) 385 u kontrolnoj grupi i 247 pacijenata kod kojih je dijagnostikovano veliko depresivno poremećaj (MDD - Major Depressive Disorder) teškog intenziteta. Uključeni su bili samo pacijenti sa unipolarnom depresijom, dakle prva ili rekurentna epizoda. Dijagnoza je postavljena na osnovu DSM-V kriterijuma.

Kriterijumi za isključenje ispitanika bili su MDD u okviru bipolarnog poremećaja, psihotičnih poremećaja, zloupotrebe supstanci, neurološki poremećaji i intelektualni deficit. Hamiltonova skala procene depresije (HAM-D) (Hamilton 1960, 1967) korišćena je za merenje intenziteta simptoma. Upitnici za samoprocenu primenjeni su kada su se simptomi depresije smanjili, što je potvrđeno Bekovim inventarom depresije (BDI). Prosečan rezultat na BDI bio je 14,82 (SD = 8,89; od 0 do 28), što je pokazalo da je depresija bila blagog intenziteta pri popunavanju upitnika. Rezultati istraživanja su ukazali na nekoliko nalaza važnih za razumevanje dimenzija ličnosti kao dispozicionih činilaca senzitivnosti za MDD. Iako su prosečni rezultati za sve dimenzije petofaktorskog modela ličnosti značajno različiti u dve grupe ispitanika (depresija vs kontrola), dalje analize utvrdile su da je

kombinacija visokog neuroticizma, niske ekstraverzije i (u manjoj meri) niske otvorenosti i niske savesnosti predstavlja individualnu osnovu za razvoj MDD. Saradljivost nije pokazala nikakvu važnost u razumevanju MDD. Ovi rezultati slažu se s rezultatima prethodne studije, u kojoj je kombinacija visokog neuroticizma, niske ekstraverzije i savesnosti bila značajna za razvoj MDD (Naragon-Gainey & Simms, 2017). Što se tiče polnih razlika, dobijen je rezultat da su polne razlike veće kod zdravih kontrola nego u grupi pacijenata. Ispitanice iz kontrolne grupe bile su otvorenije, saradljivije i savesnije nego muškarci, što je u suprotnosti sa nalazom da žene generalno postižu veće skorove na neuroticizmu (Budaev, 1999; Lynn i Martin 1997). Bez obzira na to, ovaj rezultat u skladu je sa nalazima prema kojima ispitanice postižu više skorove na saradljivosti (Budaev, 1999; Goodwin i Gotlib, 2004). Kombinacija visoke saradljivosti i visokog neuroticizma razlikuje ženske i muške ispitanike u MDD grupi. Važno je napomenuti da je ukupan stepen neuroticizma za muškarce i žene iz MDD grupe bio veći u odnosu na kontrolnu grupu. Stoga, iako su muški ispitanici iz grupe MDD imali visok neuroticizam, kod ženskih ispitanica on je bio značajno viši. U obe grupe žene su bile saradljivije nego muškarci. Moguće objašnjenje nalazi se u sadržaju domena saradljivosti i evolucionoj perspektivi „žene koje su bile saradljivije i sklone negovanju imale su više šanse za opstanak potomstva“ (Costa i sar., 2000).

Kako naša studija nije pronašla nikakvu interakciju pola, članstva u grupi i petofaktorskog modela ličnosti, rezultati sugerišu da su polne razlike manje od individualnih razlika unutar dve grupe. Takvi rezultati u skladu su s nalazima da su polne razlike manje u odnosu na individualne varijacije unutar polova (Costa i sar., 2000). Rezultati tog istraživanja dobijeni su iz ukupnog uzorka od 23,031 ispitanika iz različitih kultura. Autori su zaključili da žene uglavnom postižu više skorove na negativnom afektu, submisivnosti i nezi.

5.3. Depresija povezana sa roditeljstvom i percepcija roditelja

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je u grupi pacijentkinja sa depresijom povezanom sa roditeljstvom percepcija odnosa sa majkom tokom odrastanja obojena doživljajem nedovoljne zaštite, a za oca se vezuje povećana briga. Ovako neusklađeni odnosi nalaze se na kontinuumu između integrisanog sigurnog modela sa jedne strane, i integrisanog disharmoničnog odnosa sa oba roditelja. Naši rezultati su u skladu sa rezultatima istraživanja u kojima empirijski podaci sugerišu da je afektivna vezanost za majku bolji prediktor razvoja specifičnog obrasca afektivnog vezivanja (IJendoorn i Bakermans-Kranenburg, 1996). Suprotno tome, metaanalitička studija (Parker i sar.,1992) ukazuje da postoji veoma malo empirijskih dokaza o kontinuitetu obrasca afektivnog vezivanja u detinjstvu i odraslom dobu, sem kada su odnosi u detinjstvu bili izuzetno nepovoljni. Pored toga, rano uspostavljene obrasce afektivnog vezivanja u većini slučajeva moguće je modifikovati kroz druge značajne odnose. Kao što je već rečeno, percepcija odnosa sa majkom tokom odrastanja obojena je doživljajem nedovoljne zaštite, a za oca se vezuje povećana briga. Ovako neusklađeni odnosi nalaze se na kontinuumu između integrisanog sigurnog modela sa jedne strane i integrisanog disharmoničnog odnosa sa oba roditelja. U životnom ciklusu rođenja deteta, narušavanje homeostaze dovodi do krize u sistemu koja nameće potrebu da se uvođenjem disfunkcionalnih obrazaca u komunikaciji i bihevioralnih ponavljajućih sekvenci ista reuspostavi. Ukoliko roditeljski par ne raspolaže adekvatnim kapacitetima za uvođenje promene i dalji rast i razvoj, krizu razrešavaju utrougljavanjem deteta ali i pojavom simptoma depresije kod majke u funkciji očuvanja partnerske relacije.

Sa druge strane, u našem istraživanju pacijentkinje sa depresijom povezanom sa rođenjem deteta opažaju adekvatno zajedništvo (slična interesovanja i aktivnosti) i izveštavaju o zadovoljstvu svojim partnerskim odnosom, što se može objasniti većom potrebom za zajedničkim aktivnostima u roditeljskoj ulozi.

Rezultati u našem istraživanju ukazuju na postojanje statistički značajne razlike između grupa u odnosu na rane internalizovane predstave i roditeljsko vezivanje.

Kada je u pitanju procena odnosa sa roditeljima u detinjstvu (pre 16. godine) dobijeni rezultati ukazuju da u grupi pacijentkinja čija je depresija povezana sa roditeljstvom odnos sa majkom opažaju kao manje zaštitnički, dok oca opažaju kao više brižnog u odnosu na pacijentkinje čija depresija nije povezana sa roditeljstvom.

Integrišući intrapsihičke procese u relacioni okvir aktuelne partnersko-roditeljske dijade i širi socijalni kontekst, rezultati našeg istraživanja potvrđuju našu hipotezu povezanosti roditeljskog i detetovog obrasca afektivne vezanosti i u skladu su sa nalazima drugih autora (Main i sar., 1985; Benoit i Parker, 1994; Rosenstein i Horowitz, 1996; Cassidy, 2008), a nesigurni stilovi vezivanja (ambivalenti i izbegavajući) povezivani su sa razvojem kliničke depresije (Bifulco i sar., 2002a; Bifulco i sar., 2002b; Amani i sar., 2017) i smatraju se obrascem privrženosti koji je vulnerabilan za psihopatologiju (George i West, 2002). Neke studije ukazuju na transgeneracijski prenos privrženosti i ističu značaj doživljaja prihvaćenosti u odnosu na svoje majke, kao optimalnu bazu za uspostavljanje sigurne privrženosti sa novorođenčetom (Stefanovic-Stanojević, 2000). Posmatrajući multigeneracijsku dimenziju, može se pretpostaviti da su disfunkcionalni obrasci emocionalne privrženosti u primarnoj porodici značajno povezani sa razvojem depresije u životnom ciklusu rođenja deteta, u porodici prokreacije.

5.4. Depresija povezana sa roditeljstvom i partnerske relacije

U našem istraživanju, na osnovu analize doživljaja partnerskih relacija merenih upitnikom DASS, utvrđeno je postojanje razlika između dve grupe i dobijeni rezultati ukazuju na veći stepen izraženosti subjektivnog doživljaja zadovoljstva brakom kao i viši skor na ajtemu percepcije zajedništva. Osim protektivne funkcije kao prediktora subjektivne dobrobiti žene, koju prividno gradi kroz preferirani self koncept, u periodu trudnoće i prvoj godini materinstva, veći stepen zadovoljstva i zajedništva u grupi žena sa

depresijom povezanom sa rođenjem deteta se jasnije sagledava u svetlu partnerske i porodične dinamike. Naši rezultati su u skladu sa rezultatima istraživanja dominantnih narativa u sistemske partnerske psihoterapiji (Fridman., i sar 1996) i kulturoloških senzitivnih kompetentnosti žena (Hall., i sar 1994).

Uprkos sociokulturiloškim promenama koje su uticale da postmoderno shvatanje porodice afirmiše individualnost i zajedništvo, značaju otvorene komunikacije, podeli uloga na osnovu sposobnosti i preferencija, ekonomsku jednakost ali ne i nužnost reproduktivne funkcije, tranzicija u roditeljstvo (prelasku iz faze životnog ciklusa početne porodice u porodicu sa malim detetom) donosi najviše promena u odnosu na druge faze životnog ciklusa (Knauth, 2001). Konflikti nastali iz roditeljstva udruženo sa krizom partnerstva predstavljaju jedan od najčešćih razloga za dolazak na porodičnu terapiju (Dragišić i Labaš, 2014). Radi se o dve uzajamno povezane pojave. Partnerski odnos može bitno uticati na kompetentnost i savladavanje izazova roditeljstva, kao što nova životna kriza kao što je dolazak novog člana bitno menja odnos između supružnika.

Prelazak u životni ciklus osobe sa malim detetom donosi najviše promena u odnosu na druge faze životnog ciklusa (Knauth, 2001), negativno utiče na partnerski odnos (Cox i sar.,1999; Cowan i Cowan, 1995; Helms-Erikson, 2001; Lawrence i sar., 2008). U skladu sa empirijskim podacima, našu hipotezu smo definisali kroz očekivanje da će kod osoba sa depresijom povezanom sa životnim ciklusom rođenja deteta statistički značajno biti prisutniji oblici partnerske disfunkcionalnosti u odnosu na osobe sa depresijom koja nije povezana sa životnim ciklusom rođenja deteta. Rezultati naše studije potvrdili su tu hipotezu. Paradoksalno, veći stepen subjektivnog doživljaja zadovoljstva i zajedništva, sagledavanjem iz perspektive sistemskih teorijskih koncepata i kliničkih implikacija, potvrđuje navedenu hipotezu jer se održava preko simptoma depresije i disfunkcionalnih relacionih sekvenci koje su u funkciji očuvanja homeostaze.

Ograničenja studije:

Bez obzira na činjenicu da je dizajn studije tako koncipiran da je „efekat stanje-crte“ značajno umanjen time što smo zadavanje upitnika odložili za dve do tri nedelje nakon što je dijagnostikovao depresivni poremećaj i nakon uzimanja antridepresiva koji su redukovali depresivnost, svesni smo da se taj efekat ne može u potpunosti ukloniti. Međutim, taj efekat je važio za obe grupe i bio isti u njima, tako da se može zaključiti da efekat stanje-crte nije imao značajan uticaj na rezultate u pogledu razlike među grupama ispitanica.

Treba naglasiti da su mere samoprocene osetljive na različite strategije u odgovaranju, posebno na davanje socijalno poželjnih odgovora (Perunić i Knežević, 2018), tako da se ne može zaključiti da su mere samoopisa najbolje mere tipičnog ponašanja, kao i da su opisi ponašanja roditelja i partnera u sferi doživljaja a ne činjenične procene.

Pored ograničenja, naše istraživanje ima svoju snagu i prednosti:

Značaj našeg istraživanja je u primenjenoj metodologiji koja integriše intrapsihičke procese i relacioni kontekst u testiranju definisanih hipoteza. Potvrđivanjem hipoteza učinjen je značajan pomak u naučnom verifikovanju systemske perspektive u razumevanju etiologije i kliničke slike depresije u vezi sa rođenjem deteta. Neodvojivost unutrašnjih i interpsihičkih procesa u diferencijaciji Selfa i strukturisanju predominantnih obrazaca komunikacije sa značajnim drugim otvara nova poglavlja i u dijagnostici i terapiji depresija povezanih sa rođenjem deteta. Snaga našeg istraživanja je, možda najviše, što smo vođeni motivom pomoći celoj porodici a pre svega detetu, načinili iskorak iz metodološke hermenautike korišćenjem instrumenata i iz domena istraživanja specifičnih dimenzija ličnosti i subjektivnog doživljaja značajnih relacija, kao i u otvorenosti ka multisistemskom pristupu u integrisanju rezultata. Potvrđivanjem hipoteza ukazali smo na izazove i rizike životnog ciklusa porodice u periodu trudnoće i rođenja deteta i naglasili da je prevencija i lečenje majke istovremeno i prevencija poremećaja kod deteta.

6. ZAKLJUČAK

Od ključne je važnosti, u kliničkoj i opštoj lekarskoj praksi, prepoznavanje izmenjenih psihička stanja, kao što su antenatalna i postporođajna depresija, pružanje adekvatne medicinske nege i psihološke pomoći u prevazilaženju tegoba i, sprovođenje daljih intervencija u cilju modelovanja ponašanja roditelja koje povećava adekvatnu vezanost sa novorođenčecom.

Osnovni cilj našeg istraživanja odnosio se na ispitivanje sledećih fenomena: obrasca emocionalne privrženosti i specifičnih dimenzija ličnosti koje čine psihološko funkcionisanje žena koje imaju dijagnostikovan depresivni poremećaj u periodu trudnoće i puerperijuma;, (dis)funkcionalnosti partnerskog odnosa; i postojanju razlike ispitivanih pojava u odnosu na kliničku populaciju žena sa depresivnim poremećajem koji nije povezan sa životnim ciklusom rođenja deteta.

Na osnovu naših nalaza moguće je izvesti nekoliko zaključaka:

1. Na osnovu bazičnih dimenzija ličnosti merenih petofaktorskim modelom ne mogu detektovati razlike u dimenzijama ličnosti kod pacijentkinja koje se nalaze u životnoj fazi povezanoj sa rođenjem deteta i pacijentkinja istog uzrasta koje se ne nalaze u istoj životnoj fazi.
2. Doživljaj partnerskih relacija u pogledu zajedništva i doživljaja zadovoljstva partnerskim relacijama u grupi depresija povezanih sa roditeljstvom je nešto bolji nego u grupi depresija nepovezanih sa roditeljstvom.
3. Dve subskele (doživljaj konsenzusa i razmene) je isti kod dve grupe ispitanica – dakle zajednički isti doživljaj dele pacijentkinje u obe grupe.
4. Sistemska perspektiva depresivnost kod trudnica i porodilja sagledava u relacionom kontekstu i u funkciji očuvanja narušene homeostaze i regulisanja partnerskog i roditeljskog odnosa kroz uvođenje disfunkcionalnih obrazaca koji pojačavaju nemogućnost da se savladaju novi razvojni zadaci i utvrđuju njihove pozicije nemoći. Pokušaj da se reguliše odnos sa partnerom pojačava strah od promene i izostanak

kapaciteta da se napuste rešenja koja u novoj životnoj fazi nisu efikasna. Depresivnost se može posmatrati kao simptom koji ima homeostatsku funkciju u ovoj životnoj fazi. Ipak, svaki simptom otvara i potencijal za promenu i mogućnost za revidiranje rešenja koja su do dolaska trećeg člana možda bila funkcionalna.

5. U analizi odnosa sa roditeljima u detinjstvu (pre 16. godine) naši rezultati ukazuju da pacijentkinje čija je depresija povezana sa roditeljstvom odnos sa majkom opažaju kao manje zaštitnički, dok oca opažaju kao više brižnog u odnosu na pacijentkinje čija depresija nije povezana sa roditeljstvom.
6. Na osnovu svih analiziranih varijabli dve varijable najbolje prave diskriminaciju depresije povezane sa roditeljstvom od depresije koja nije vezana za ovu fazu životnog ciklusa: bolji doživljaj zajedništva sa partnerom uz doživljaj da je majka bila manje zaštitnički nastrojena u detinjstvu najbolje opisuje pacijentkinje čija je depresija povezana sa roditeljstvom.

7. LITERATURA

Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., & Luenzmann, K. R. (2002). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: *Journal of Anxiety Disorders*, 17(4), 461–478.

Amani, R., Majzoobi, M. R., Azadi Fard, S. (2017). Mother-Infant Attachment Style as a Predictor of Depression among Female Students. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.*, 834-41.

Association, A. P., & others. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th text revision ed. *Washington, DC: American Psychiatric Association*, 553–557.

APA. (2013). American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *American Journal of Psychiatry* (p. 991).

Alaimo, S. and Cascio, M. (2015) Adult Attachment, Emotional *Dysregulation and Metacognitive* Functions in Patients with Personality Disorders. *Psychology*, 6, 1940-1950.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135–141.

Austin, M. P. (2003). Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. Key aspects of antenatal care for general practice. *Australian Family Physician*, 32(3), 119–126.

Barnett, P. A., Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97–126.

Baldwin, M. W. (1997). Relational schemas as a source of if-then self-inference procedures. *Review of General Psychology, 1*(4), 326–335.

Bar-Shai, M., Gott, D., Kreinin, I., & Marmor, S. (2015). Atypical Presentations of Pregnancy-Specific Generalized Anxiety Disorders in Women Without a Previous Psychiatric Background. *Psychosomatics, 56*(3), 286–291.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226–244.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–71.

Beck, S. (1988). Garbin (1988) AT Beck, RA Steer and MG Garbin, Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77–100.

Belsky, J., & Cassidy, J. (1994). Attachment: Theory and evidence. In M. Rutte, & D. Hay (Eds.), *Development through life: A Handbook for Clinicians*, Oxford: Blackwell, 373-402.

Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and Transmission of Attachment across Three Generations. *Child Development, 65*(5), 1444–1456

Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2), 50–59.

Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships, 24*(1), 21–35.

Birnbaum, G., Mikulincer, M., Austerlitz, M.(2012). A fiery conflict: Attachment orientations and the effects of relational conflict on sexual motivation. *Personal Relationships*, 20(2), 294-310.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 113–124.

Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., et al.(200). Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating disordered women. *International Journal of Eating Disorder*, 27,140-149.

Bowlby J. Sigurna baza. Preveli s engleskog Hanak, N., Dimitrijević, A. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2011.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol.2. Separation: Anxiety and anger. *The International Psycho-Analytical Library*.

Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775.

Buesching, D. P., Glasser, M. L., & Frate, D. A. (1986). Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. *Women & Health*, 11(2), 61–78.

Butts, H. F. (1969). Post-Partum Psychiatric Problems A Review of the Literature Dealing with Etiological Theories. *Journal of the National Medical Association*, 61(2), 136-9.

Cassidy, J. (2016). The Nature of the Child's Ties. In *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications (third edition)* (pp. 3–24).

Chaudron, L. H. (2013, January 1). Complex challenges in treating depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association.

Cohn, D. A., Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Pearson, J. (1992). Mothers' and fathers' working models of childhood attachment relationships, parenting styles, and child behavior. *Development and Psychopathology*, 4(3), 417–431.

Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, A. D., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152(JUN.), 799–806

Cox, J. L., Connor, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140(2), 111–117.

Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163(JULY), 27–31.

Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M., & Payne, C. C. (2006). Marital Perceptions and Interactions Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 611.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Interventions to Ease the Transition to Parenthood: Why They Are Needed and What They Can Do. *Family Relations*, 44(4), 412.

Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: development of a measure, links to adult attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Developmental Psychology*, 38(5), 679–693.

Davila, J., Bradbury, T., Cohan, C., Tochluk, S.(1997). Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 849-861.

Di Lillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., Trask, E., Evans, S. (2009). Child Maltreatment History Among Newlywed Couples: A Longitudinal Study of Marital

Outcomes and Mediating Pathways. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. D. DiLillo, Department of Psychology, University of Nebraska, Lincoln. E-mail: ddilillo@unl.edu: American Psychological Association Inc. (750 First Street, NE Washington DC 20002-4242, United States). Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2009397807>

[Divney](#), A. A., Sipsma, H., Gordon, D., Nicolai, L., Magriples, U., Kershaw, T. (2012). Depression During Pregnancy Among Young Couples: The Effect of Personal and Partner Experiences of Stressors and the Buffering Effects of Social Relationships. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25:201-7.

Duschinsky, R. (1979-1982). The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification. *History of Psychology*, 18(1), 32-46.

Dragišić, L., S. (2014) Rođenje deteta i kriza partnerstva: prikaz slučaja i partnerska terapija. *Sociologija*, LVI(4).

DuRant, R. H., Altman, D., Wolfson, M., Barkin, S., Kreiter, S., & Krowchuk, D. (2000). Exposure to violence and victimization, depression, substance use, and the use of violence by young adolescents. *Journal of Pediatrics*, 137(5), 707–713.

Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288.

Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A., & Eskild, A. (2004). Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(1), 15–21.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7307), 257–60.

Fazlagić, A., Soleša-Grijak, Đ.(2012) Povezanost optimizma/pesimizma, emocionalne regulacije i kontrole kod postpartalne depresije. *Psihijatrija Danas*, 44(1), 5-20.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., et al.(1988) Infants of Depressed Mothers Show "Depressed" Behavior Even with Nondepressed Adults. *Child Development*, 59(6), 1569.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541.

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, 62(5), 891–905.

Forty, L., Jones, L., Macgregor, S., Caesar, S., Cooper, C., Hough, A., et al.(2006) Familiarity of Postpartum Depression in Unipolar Disorder: Results of a Family Study. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1549-1553.

Freedman, J., & Combs, G. (1996). Narrative Therapy. The social construction of preferred realities, door Pico Teune. *Psyc critiques*, 26(2), 42–75.

West, M., & George, C. (2002, December). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 4, 278-93.

Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10–51.

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174–189.

Glover, V., Liddle, P., Taylor, A., Adams, D., & Sandler, M. (1994). Mild hypomania (the Highs) can be a feature of the first postpartum week. Association with later depression. *British Journal of Psychiatry*, 164(APR.), 517–521.

Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2013). The impact of betrayal trauma on the tendency to trust. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 505–511.

Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003). Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15(2), 239–257.

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35.

Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 469–496). The Guilford Press.

Gregory, T., Nettelbeck, T., & Wilson, C. (2010). Openness to experience, intelligence, and successful ageing. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 895–899.

Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., Radford, K., Martinovic, J., Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74: 321-41

- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99(1–3), 107–115.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., et al. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3):275–82
- Hannah, P., Cody, D., Glover, V., Adams, D., Kumar, R., & Sandler, M. (1993). The tyramine test is not a marker for postnatal depression: Early postpartum euphoria may be. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14(4), 295–304.
- Hapgood, C. C., Elkind, G. S., & Wright, J. J. (1988). Maternity blues: Phenomena and relationship to later post partum depression. *Australasian Psychiatry*, 22(3), 299–306.
- Harkness, K. L., Michael Bagby, R., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2002). Major Depression, Chronic Minor Depression, and the Five-Factor Model of Personality. *European Journal of Personality*, 16(4), 271–281.
- Helms-Erikson, H. (2001). Marital quality ten years after the transition to parenthood: Implications of the timing of parenthood and the division of housework. *Journal of Marriage and Family*, 63(4), 1099–1110.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review. In *Archives of Women's Mental Health* (Vol. 6).
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1357–1364.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In I. J. C. & P. R. S. (Eds.) (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 671–687). The Guilford Press.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Von Eye, A. (2004, March). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development*, 75(2):480-496.

Ingram, R., Ritter, J.(2000) Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 588-596.

Išpanović-Radojković, V.(2007). Mentalno zdravlje i afektivna vezanost u detinjstvu. U: Hanak N, Dimitrijević A, ur. Afektivno vezivanje - teorija, istraživanja, psihoterapija. Beograd: Centar za izdavačku delatnost, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 67-7.

Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B., Salusky, S. (1991) Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547–557.

Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., & Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 93–97.

Jovičić, S., Pavićević, D. (2016). Prikaz četiri slučaja uspešno lečenih žena obolelih od postpartalne psihoze. *Engrami*. 38(1), 71-8.

Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251–255.

Kapci, E., Kucuker, S. (2006). The parental bonding instrument: evaluation of psychometric properties with turkish university students. *Turkish Psychology Journal*, 17(4), 286–295.

Karen, R. (1990). Becoming attached. *Atlantic Monthly*, February, 35–70.

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 662–73.

Knežević, G., Radović, B., Opačić, G. (1997). Evaluacija „Big Five“ modela ličnosti kroz analizu inventara ličnosti NEO PI-R. *Psihologija*, 30, 7-40.

Kobak, R. (1994). Adult Attachment: A Personality or Relationship Construct? *Psychological Inquiry*, 5(1), 42–44.

Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144(1), 35–47.

Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245–1259.

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Understanding Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 113–117.

Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., Bradbury, T. N. (2008). Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41

Lecic-Tosevski, D. (2000). Description of specific personality disorders. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry* (ed. M. Gelder, J.J. Lopez-Ibor, N. Andreasen), 927-953. Oxford University Press

Lecic-Tosevski, D., Divac-Jovanovic, M. (1996). The effect of dysthymia on personality assessment. *European Psychiatry*, 11, 244-248.

Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., Pejuskovic, B., Maric, N. (2018). Stress and its multiple faces. In: *The SAGE Handbook of Personality and*

Individual Differences. Vol 3 (eds. Virgil Zeigler-Hill and Todd K. Shackelford). SAGE Publications Ltd Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC/Melburne, 90-114.

Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., Stepanovic, J. (2011). Stress and Personality. *Psychiatriki*, 22(4), 290-297.

Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110(5), 1102–1112.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (2006). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66.

Mangelsdorf, S. C., Plunkett, J. W., Dedrick, C. F., Berlin, M., Meisels, S. J., McHale, J. L., & Dichtellmiller, M. (1996). Attachment security in very low birth weight infants. *Developmental Psychology*, 32(5), 914–920.

Marcus, S., & Flynn, H. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's ...*, 12(4), 373–380.

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh K. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? In *Journal of affective disorders* (Vol. 74, pp. 139–147).

McNeil, T. F. (1987). A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 2. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(1), 35–43.

Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 89–100.

Miller, M. L., Kroska, E. B., & Grekin, R. (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207, 69–75.

Mikulincer, M., Dolev, T., Shaver, P. (2004). Attachment-Related Strategies During Thought Suppression: Ironic Rebounds and Vulnerable Self-Representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 940-956.

Mićanović-Cvejić, Ž., Šakotić-Kurbalija, J., Kurbalija, D.(2009). Ambivalentna afektivna vezanost u bračnim odnosima. *Psihijatrija danas*, 41(1-2), 43-53

Morse, C. A., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 109–20.

Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed Mothers' Speech to Their Infants and its Relation to Infant Gender and Cognitive Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(7), 1083–1101.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Development*, 67(5), 2512–2526.

Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2013). Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*, 22(8), 2031–2039.

Natsuaki, M. N., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2009). Examining the developmental history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1181–1193.

Nott, P. N., Franklin, M., Armitage, C., & Gelder, M. G. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 128(4), 379–383.

Nikolić, S., Nagulić, D., Draganić-Gajić, S., Milićević, J., Stojanović, S. (2010). Terapija parova, socijalna tranzicija i uverenja o rodnim ulogama. *Psihijatrija danas*, 42, 1, 27–36.

Nikolić, S., Peruničić Mladenović, I., Vuković, O., Barišić, J., Švrakić, D., & Milovanović, S. (2019). Individual and Gender Differences in Personality Influence the Diagnosis of Major Depressive Disorder. *Psihijatrija Danubina*, in press

O'Hara, M. W., Zekoski, E. (1988). Postpartum depression: a comprehensive review. In: Kumar R, Brockington I, editors. *Motherhood and mental illness*. London: Oxford University Press, 17–63.

O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (2005). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 3–15.

O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996) Rates and risks of post-partum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8:37.

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3–12.

Olinger, L. J., Kuiper, N. A., & Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 25–40.

Paez, D., Velasco, C., Gonrater, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexythimia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 630-41.

Parker, G., Tupling, H., Brown, L. B. (1979) Parental Bonding Inventory. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10

Parker, G. B., Barrett, E. A., & Hickie, I. B. (1992). From nurture to network: Examining links between perceptions of parenting received in childhood and social bonds in adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 877–885.

Patterson, D. L. (1997). Adolescent mothering: child-grandmother attachment. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 228–237.

Perunicic Mladenovic, I., & Knezevic, G. (2018). Faking amorality: An ability elusive to both measures of substance and style. *Personality and Individual Differences*, 120, 95–101.

Pfuhlmann, B., Stöber, G., Franzek, E., & Beckmann, H. (1998). Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50(2–3), 125–134.

Pitt, B. (1973). “Maternity blues”. *British Journal of Psychiatry*, 122(569), 431–433.

Pitt, B. (1968). „Atypical" Depression Following Childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1325-1335.

Pleš D. Završni rad: Simptomi anksioznosti u trudnoći. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet. 2016.

POEHLMANN, J., & FIESE, B. H. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13(1), 1–11.

Priel, B., & Besser, A. (2011). Vulnerability to Postpartum Depressive Symptomatology: Dependency, Self-Criticism and the Moderating Role of Antenatal Attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 240–253.

Prouty, A. M., Markowski, E. M., & Barnes, H. L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale in Marital Therapy: An Exploratory Study. *The Family Journal*, 8(3), 250–257.

Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H., & Harrington, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: A cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 946–952.

Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., & Creed, F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 481–486.

Reić, Ercegovac, I. (2011). Zadovoljstvo životom, depresivnost i stres kod žena tijekom trudnoće i prve godine postpartalno – uloga osobina ličnosti, zadovoljstva brakom i socijalne podrške. *Klinička psihologija*, 4(1-2), 5-22.

Reić, Ercegovac, I., Penezić, Z. (2012) Subjektivna dobrobit bračnih partnera prilikom tranzicije u roditeljstvo. *Društvena istraživanja*, 2(116), 341-361.

Robinson, G.E., Stewart, D.E.(2986). Postpartum psychiatric disorders. *CMAJ*, 134(1), 31-7.

ROBLING, S. A., PAYKEL, E. S., DUNN, V. J., ABBOTT, R., & KATONA, C. (2000). Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychological Medicine*, 30(6), 1263–1271.

Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology, 244-253.

Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, 11(2), 179–195.

Sharma, I., Rai, S., Pathak, A. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(July), 216–221.

Sharp, L., K., Lipsky, M., S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*, 66(6), 1001-1048

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002, September). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4(2), 133-161.

Simpson, J. A. J. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (Vol. II, pp. 115–140). New York: Guilford Press.

Srivastava, S., John, O., Gosling, S., & Potter, J. (2003). The Big Five Inventory. *Development of Personality in Early and Middle Adulthood: Set like Plaster or Persistent Change? Journal of Personality and Social Psychology*,

Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15.

Spinelli, M. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1028–1030.

Spinelli, M. G. (2009). Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *American Journal of Psychiatry*, 166(4), 405–408.

Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., Baldaro, B. (2010). Adult Attachment Styles and Psychological Disease: Examining the Mediating Role of Personality Traits. *The Journal of Psychology*, 144(6), 523-534.

Stefanovic-Stanojević, T. *Afektivno vezivanje – transgeneracijski prenos*. Magistarski rad, Beograd: Filozofski fakultet. 2000.

Stefanović, Stanojević, T. (2002). Bliske partnerske veze. *Psihologija*, 35(1–2), 81–97.

Stefanović, Stanojević, T.Z. (2011) *Afektivna vezanost, Razvoj, modaliteti i procena*, Niš: Filozofski fakultet.

Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.

Šakotić, Kurbalija, J., Mićanović-Cvejić, Ž., Kurbalija, D. (2010). Karakteristike afektivne vezanosti osoba sa depresivnim poremećajima. *Psihijatrija danas*, 2, 157-168.

Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, 71(1), 145–152.

Trifunović, B., Šakotić-Kurbalija, J., Strizović, I. (2016). Razlike u percepciji bračnog kvaliteta među parovima različitih kombinacija obrazaca partnerske afektivne vezanosti. *Primenjena psihologija*, 9(3), 313.

Tronick, E. Z., Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In: Murray L, Cooper PJ, editors. Postpartum depression and child development. New York: Guilford Press, pp. 54–81.

Troutman, B. R., & Cutrona, C. E. (2005). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 69–78.

Van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2006). Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. *Birth*, 33(4), 297–302.

Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 8–21.

Vuković, O., Damjanović, A., Marić, N. P., Cvetić, T., Zebić, M., Britvić, D., Jašović-Gašić, M.(2008). Perinatalna psihijatrija - smernice u kliničkoj praksi. *Engrami*, 30(3-4), 47-52.

Vukosavljević-Gvozden, T., Peruničić Mladenović, I. & Marić, Z. (2017). Does the process of maturing decrease the intensity of irrationality: the differences between depressive and non-depressive persons? International Conference of Cognitive-Behavioral Therapy, Buchhurst, Romania

Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71(1), 164–172.

Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 467–474.

Whiffen, V. E. (1991, September). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: a rose by any other name. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*.16(3).

Whiffen, V. E., & Johnson, S. M. (1998). An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 478–493.

Whiffen, V. E., & Aube, J. A. (1999). Personality, interpersonal context and depression in couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(3), 369–383.

Whiffen, V.E., Kallos-Lilly, A.V. & MacDonald, B.J. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 577-90.

Whiffen, V. E., & Macintosh, H. B. (2005). Mediators of the Link between Childhood Sexual Abuse and Emotional Distress: A Critical Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(1), 24–39.

Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 829–836.

BIOGRAFIJA

Sanja Nikolić, rođena 01.03.1967. godine u Beogradu, gde je pohađala osnovnu školu i Četrnaestu beogradsku gimnaziju, koju je završila kao nosilac Vukove diplome 1985. godine. Medicinski fakultet u Beogradu upisala je iste godine i stiče diplomu doktora medicine 1991. godine. Obavezan lekarski staž obavljala je od decembra 1991.godine do decembra 1992. godine, kada je položila stručni ispit. Od 1993 do 1997 je volontirala i radila kao klinički lekar u Institutu za mentalno zdravlje, u Odseku za medicinsku genetiku. U institutu za mentalno zdravlje zaposlena je na neodređeno od 01.novembra 1997. Specijalizaciju iz psihijatrije započela je u septembru 1995. godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu, a specijalistički ispit položila je 20. Marta 2000.godine sa najvišom ocenom (pet). Poslediplomske studije je upisala u septembru 1993. godine na Katedri za medicinsku genetiku, Medicinskog fakulteta u Beogradu Magistarsku tezu odobrenu 1996. godine, pod nazivom „Pericentrične inverzije u humanom kariotipu“, odbranila je 14.07.1998. godine. Evropski akreditovanu diplomu (European Certificate of Psychotherapy) Sistemskog porodičnog terapeuta stekla je 2005.godine, od strane Evropske asocijacije psihoterapeuta EPA (European Association of Psychotherapy). Od 2010 je EAPTI akreditovani edukator iz Sistemske porodične terapije (ECP registered trainer). Od 2015. godine je rukovodilac evropski akreditovane edukacije iz Sistemske porodične terapije u Institutu za mentalno zdravlje (EAPTI). U septembru 2015.godine, na Medicinskom fakultetu u Beogradu, prijavljuje temu za izradu doktorske disertacije pod nazivom: „Uloga porodice i dimenzija ličnosti u razvoju depresije povezanem sa rođenjem deteta“, čiji je mentor Akademik prof. dr Dušica Lečić Toševski, koja je odobrena od strane Nastavno –naučnog veća u maju 2016. U oktobru 2018. godine započela je užu stručnu specijalizaciju iz Sudske psihijatrije.

Uz obavljanje redovnih i rukovodećih poslova na mestu lekara psihijatra i psihoterapeuta, prezentovala je više radova na sekcijama i kongresima psihijatara i psihoterapeuta u zemlji i inostranstvu i usavršavala se na brojnim kursovima domaćih i inostranih predavača. Objavila je više radova u stranim časopisima kao i poglavlja u udžbenicima i monografijama. Bila je istraživač iu internacionalnom projektu „Genotype-phenotype correlation in bipolar disorder across different ethnicities“, Centralnog instituta za Mentalno Zdravlje, Mannheim, Nemačka 2003-2004. Bila je i saradnik u projektu Ministarstva za rad i socijalnu zaštitu : „ Sistemski pristup porodicama sa mentalno obolelim članom u sistemu socijalne zaštite“ akreditovanim 2008. godine.

Član je Udruženja psihijatara Srbije, Udruženja psihoterapeuta Srbije, Evropske asocijacije psihoterapeuta (EPA), Evropske asocijacije porodičnih psihoterapeuta (EFTA), Evropske asocijacije trening instituta u sistemske porodičnoj terapiji (EFTA-TIC) i Američke asocijacije psihijatara (APA)

Stanuje u Beogradu, udata, majka jednog deteta, tečno govori engleski i francuski jezik..

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора: Сања Николић

Изјављујем

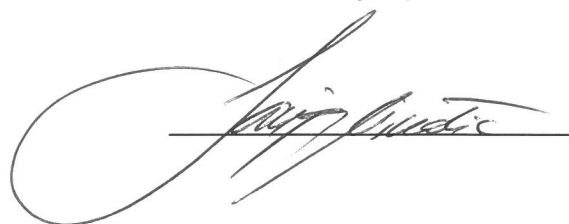
да је докторска дисертација под насловом

Улога породице и димензија личности у развоју депресије повезане са рођењем детета

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, 10.07.2019



Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: Сања Николић

Студијски програм:

Наслов рада: Улога породице и димензија личности у развоју депресије повезане са рођењем детета

Ментор: академик проф. Др Душица Лечић Тошевски

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањена у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, 10.07.2019



Handwritten signature of the author, Saňa Nikolić, written in black ink over a horizontal line.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„Улога породице и димензија личности у развоју депресије повезане са рођењем детета“

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.
Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 10.07.2019



1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.