

## Depresyjni rodzice i ich dzieci

Tomasz L. Tyra<sup>1</sup>

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Białystok

### DEPRESSIVE PARENTS AND THEIR CHILDREN

**Summary.** Parents are the first and the most important persons in our lives. They teach us our self-identity and our environment. But they give us not only the things that stimulate our life but they teach also us their disorders and disabilities. It is very important to recognize the impact of depressive parents on children's development. That impact seems to be quite different when the father or mother are depressive. The paper seeks to overview the literature concerning the relations between depressive parents and their children.

Rodzice to pierwsze i najważniejsze osoby w życiu człowieka. Od nich uczymy się własnej tożsamości. Dzięki nim od pierwszych chwil poznajemy otaczający świat, poznajemy też siebie. Oni są pierwszym i najbardziej wpływowym układem odniesienia wszelkich sądów, ocen, postaw, z jakimi dziecko się styka, są też przedmiotem naśladownictwa i identyfikacji. Od nich dziecko przejmuje nie tylko to, co je wzbogaca i rozwija, lecz chłonie też istniejące w środowisku nieomogi, nieprawidłowości, nawet patologie. Wiele z nich w koduje się w jego psychikę na stałe, wpływając na jakość dalszej aktywności życiowej.

Podjęty w niniejszym artykule problem z pewnością jest ważny także z punktu widzenia praktyki psychologicznej. Przedstawione poglądy na temat rodzin dotkniętych depresją wskazują jednoznacznie na konieczność pogłębienia naszej wiedzy na ten temat oraz zaproponowania sposobów wsparcia i prewencji. Z omawianego zagadnienia można wnioskować o istniejącym ryzyku nieprawidłowości w funkcjonowaniu potomstwa rodziców chorych na depresję.

---

1 Adres do korespondencji: Wydział Pedagogiki i Psychologii, ul. Świerkowa 20, 15-328 Białystok.

TOMASZ L. TYRA  
DEPRESYJNI RODZICE

W ciągu ostatnich 20 lat w literaturze przedmiotu nastąpiła zmiana stanowiska na temat wpływu zdarzeń z dzieciństwa na dorosłe życie człowieka: mniej akcentuje się ostre jednorazowe zdarzenia z okresu dzieciństwa jako czynniki powodujące np. depresję i lęk w dorosłości, a bardziej wskazuje się na wpływ przewlekłych sytuacji awersyjnych. Odżył też pogląd, że wczesne lata życia są ważne dla późniejszego samopoczucia psychicznego. Do grupy ryzyka zachorowania na depresję należą przede wszystkim te dzieci depresyjnych rodziców, które doświadczyły istotnej utraty czy niedostępności psychologicznej pierwotnego opiekuna, a także dzieci wykorzystywane przez dorosłych.

Duże zainteresowanie dziećmi rodziców z zaburzeniami afektywnymi wynika zarówno z większego ryzyka genetycznego, jak i zaburzonych stylów zachowania rodzicielskiego, często związanych z tymi zaburzeniami (Beardslee i in. 1993). We wszystkich badaniach stwierdzono, iż nie tylko wskaźnik występowania zaburzeń afektywnych u dzieci rodziców cierpiących na depresję jest 2,6 razy wyższy niż u dzieci rodziców bez tego zaburzenia, ale też zaburzenia występujące u dzieci są bardziej długotrwałe i występują w młodszym wieku. Specyficzne cechy osobowości oraz objawy choroby implikują określone relacje społeczne osób cierpiących na depresję. Relacje te mają istotne znaczenie dla procesów rozwojowych dziecka i dla jego dalszego funkcjonowania psychospołecznego. Choroba psychiczna rodzica, objawy jej towarzyszące czy postawy rodzicielskie z niej wynikające budują negatywne, także emocjonalne warunki rozwojowe.

Powszechnie uważa się, że rodzice mogą pozbawić dziecko odpowiedniego środowiska psychologicznego poprzez to, że: (1) nie zapewniają mu wystarczającej ilości doznań umysłowych koniecznych dla zaspokojenia jego potrzeb emocjonalnych; (2) ograniczają jego radość tworzenia własnych obrazów rzeczywistości, ponieważ dostarczają mu wzorców sprzecznych z tymi, co przedstawiają inni; (3) zagłuszają zdolności dziecka do wyrażania i odbierania przeżyć emocjonalnych poprzez zniechęcanie go do reagowania; (4) nie dostarczają wyraźnego modelu rozwojowego ani odpowiedniej osoby, na której dziecko mogłoby się wzorować.

Wczesne sytuacje odtrącenia doświadczane przez niektóre dzieci mogą mieć poważne następstwa dla jego funkcjonowania. Może ukształtować się u niego niska samoocena, negatywny schemat „ja”, cechy tzw. osobowości zależnej, a także bardziej świadomy i wrażliwy na negatywne aspekty środowiska styl poznawczy, powodujący większe ryzyko ujawnienia objawów depresyjnych w odpowiedzi na stres. Dotyczy to nie tylko okresu wczesnego dzieciństwa.

Ważną sprawą jest także wpływ rodziców na rozwój u dzieci postaw związanych z płcią. Ma to istotne znaczenie dla samooceny dziecka oraz jakości jego późniejszych związków heteroseksualnych.

## DEPRESYJNI RODZICE I ICH DZIECI

### PSYCHOPATOLOGIA RODZICÓW I JEJ WPŁYW NA TRUDNOŚCI BEHAVIORALNE DZIECKA

W licznych badaniach stwierdzono związek pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych u rodziców a trudnościami w przystosowaniu ich dzieci. Wykazano także istotną zależność między przewlekłą chorobą psychiczną rodzica a występowaniem objawów depresyjnych u nastoletnich dzieci (Beardslee i in. 1983; Friedman, Corn, Hurt, 1984; Weissman, 1979). Objawy te mogą po części wynikać z negatywnej oceny funkcjonowania rodziny, świadomości poważnej choroby rodzica, ale mogą być także następstwem nieprawidłowych stosunków rodzinnych czy postaw rodzicielskich wpływających z choroby. Stwierdzono, iż ryzyko trwałych trudności behawioralnych i emocjonalnych u dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi jest dwa razy większe niż u dzieci rodziców zdrowych psychicznie (Orvaschel, Walsh-Allis, Ye, 1988). Większość badań dotyczących dzieci rodziców depresyjnych bazowała jednak na problemach klinicznych i niektórzy autorzy twierdzą, że w populacji ogólnej te dzieci są mniej zaburzone i ujawniają mniej objawów psychiatrycznych, co sugerować może także negatywny wpływ samej hospitalizacji rodziców. Poza tym uważano, iż większa podatność dzieci na zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania może z jednej strony zależeć od ogólnego poziomu zaburzeń rodziców, z drugiej – od społecznych, środowiskowych i rodzinnych czynników towarzyszących psychopatologii rodzicielskiej (Canino i in. 1990). Potwierdzono ścisły związek pomiędzy niedostosowaniem rodziców i dzieci oraz pośredniczący wpływ nieadekwatnych warunków środowiskowych. Może on z jednej strony odzwierciedlać czynniki genetyczne, choć można go interpretować także jako skutek zachowań rodziców wobec dziecka. Zachowanie dziecka może być bardziej awersyjne w stosunku do rodzica, który jest w negatywnym nastroju (Schaughency, Lahey, 1985). Taki nastrój powoduje, że rodzic bardziej kontroluje dziecko lub ogranicza interakcje z nim dla uniknięcia możliwych konfliktów na płaszczyźnie rodzic-dziecko. Negatywny nastrój rodzica implikuje także selektywny wybór negatywnych aspektów zachowania dziecka, wywołując w dalszej kolejności negatywne reakcje (krytycyzm, reprimendy) i w efekcie powoduje negatywne, nieakceptowane zachowania dziecka.

W zależności od wieku dzieci mogą być w różnym stopniu podatne na specyficzne formy psychopatologii. Niemowlęta i młodsze dzieci reagują na stres agresją i gwałtownymi reakcjami emocjonalnymi, podczas gdy dzieci starsze częściej reagują dysforią, obniżeniem nastroju i pasywnością. W miarę dorastania, dzieci stają się bardziej wrażliwe na negatywny afekt rodzica, złość i problemy wewnątrz rodziny. Wskaźnik występowania objawów depresyjnych istotnie wzrasta pomiędzy okresem późnego dzieciństwa a okresem dojrzewania. Smutek odgrywa coraz bardziej krytyczną rolę w życiu dzieci, gdy stają się coraz starsze – są wtedy bardziej zdolne do oceny siebie w negatywny sposób.

Depresja jako choroba cechuje się epizodowością, co oznacza, że osoba chora przeżywa na przemian stany lepszego i gorszego samopoczucia związane z koniecznością jej pobytu w szpitalu. Hospitalizacja powoduje konieczność okresowej zmiany sposobu funkcjonowania rodziny oraz wcześniej istniejących ról rodzinnych. Depresja – jako jedna z chorób afektywnych – dotyczy zmian nastroju, i to nie tylko osoby chorej, ale także innych członków rodziny w związku z gorszym samopoczuciem chorego oraz koniecznością okresowego przystosowania się do nowej sytuacji rodziny.

Badania polskich psychiatrów (Stomma, 1983) wykazały, że u 34% dzieci osób cierpiących na endogenne choroby afektywne występują zaburzenia psychiczne głównie typu nerwicowego. Według Puzyńskiej i współpracowników (1992), potomstwo osób z chorobami afektywnymi jest narażone na istotnie większe ryzyko występowania różnorodnych zaburzeń psychicznych w porównaniu z potomstwem osób zdrowych.

Wpływ depresji rodzica ujawnia się już od najwcześniejszych tygodni życia aż po okres dojrzewania. Niektóre badania sugerują, że w miarę upływu czasu dzieci stają się coraz bardziej podatne na oddziaływanie (LaRoche, 1989), a wczesne dzieciństwo i dorastanie to okresy szczególnej wrażliwości dziecka.

Wyniki badań nad związkiem pomiędzy depresją rodzica a trudnościami w funkcjonowaniu dziecka nie pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, że depresja rodzica „powoduje” występowanie zaburzeń psychicznych u dziecka. Stan diagnostyczny nie wpływa bezpośrednio na rozwój i jest niczym więcej niż zmienną wpływającą na aktualny proces i warunki środowiskowe. Oczywiście dzieci rodziców depresyjnych znajdują się częściej w grupie ryzyka braku przystosowania, ale nie można też pominąć faktu, że wiele z nich rozwija się w sposób adaptacyjny (Garmezy, Masten, 1991) i prawidłowy.

Rutter i Quinton (1984) wskazują na kilka możliwych sposobów, jak depresja rodzica wiąże się z powstawaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci. Oprócz transmisji genetycznej istotne jest to, że: (1) depresja stanowi niebezpośredni awersyjny czynnik wpływający na funkcjonowanie dziecka poprzez zaburzenia w relacji rodzic-dziecko; (2) depresja rodzica prowadzi do zaburzeń funkcjonowania rodziny, a te zaburzenia mogą dalej prowadzić do pojawienia się psychopatologii u dziecka i (3) trudności małżeńskie jako czynnik towarzyszący depresji mogą także powodować wystąpienie problemów natury psychologicznej u dziecka. Związek depresji rodzica z występowaniem objawów depresyjnych u dziecka nie jest jasny. Nie wiadomo, czy

depresja rodzica ułatwia powstanie tych zaburzeń u dziecka poprzez mechanizmy psychodynamiczne, takie jak identyfikacja z rodzicem, poprzez zmiany w związkach bazujące na objawach obecnych u rodzica lub też wystąpienie zaburzeń u dziecka i ewentualnie później depresji u człowieka dorosłego odzwierciedla czynniki dziedziczne, czy podatność genetyczną. Jakie są te istotne zmienne, które mogą wywierać niepomyślny wpływ na rozwijające się dziecko? Czy czas trwania depresji ma tu decydujące znaczenie? Czy nawet krótkotrwałe zaburzenia potrafią „zaszkodzić” psychice dziecka? Które cechy depresyjnych rodziców zakłócają dynamikę procesów zachodzących w rodzinie? Z licznych obserwacji (Hinchliffe, Hooper, Roberts, 1987) wynika, iż zasadniczą zmienną są powtarzające się epizody depresyjne lub chroniczność zachowań depresyjnych rodzica. Małe dziecko potrafi zaakceptować emocjonalne lub fizyczne wycofanie się rodzica, ale na określony czas i pod warunkiem, że będzie w stanie uspokoić je swoim zachowaniem komunikatywnym przepelnionym radością życia. Jeżeli jednak hospitalizacja rodzica powtarza się lub przeżywa on serię epizodów depresyjnych oddalających go od dziecka emocjonalnie, jeśli jest przez dłuższy czas nieobecny, wtedy dziecko przeżywa rozłąkę i odtrącenie nie raz, ale kilkakrotnie. Wywołuje to w nim lęk przed rozstaniem i uczucie przepojonego złością oraz strachem uzależnienia, a także gwałtowną reakcję na późniejsze rozstania. Ten niepokój dziecka może się ujawniać w stosunkach z innymi osobami oraz w innych sferach życia. Długotrwałe rozstanie z hospitalizowanym rodzicem powoduje smutek, konieczność ustanowienia nowej równowagi, zamiany ról. Z kolei terapia lekowa najczęściej jest przyczyną spowolnienia jednostki, osłabienia jej reakcji, wrażliwości i zaangażowania w stosunku do dzieci. Wielokrotne hospitalizacje rodzica mogą zniechęcać dziecko do okazywania własnych potrzeb emocjonalnych lub do przywiązywania się do kogoś. Takie obronne wycofywanie się w krytycznym okresie życia może być przyczyną zasadniczych trudności w przyszłych kontaktach z rówieśnikami oraz także w przyszłych stosunkach heteroseksualnych.

Większość teorii psychodynamicznych i rozwojowych głosi pogląd, że podatność na depresję jest rezultatem poczucia nieadekwatności i niskiej samooceny, wyrastających z relacji z krytykującym i niedostępnym emocjonalnie rodzicem (Arietti, Bemporad, 1980). Rodzice depresyjni wpływają na samoocenę swoich dzieci głównie poprzez wyrażane wobec nich negatywne postawy (Harter, 1985; Jaenicke i in. 1987; Killeen, 1991; Radke-Yarrow i in. 1990). Wyjaśnienie to zgodne jest z twierdzeniem Sullivana, który już w 1953 roku pisał (Sullivan, 1953), że percepcja stosunku innych osób do nas wpływa na ogólną postawę wobec siebie. Często zauważaną relacją jest związek pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych u dziecka a zmiennymi kontroli i opieki rodzicielskiej. Z perspektywy teoretycznej ważne jest określenie czynników odpowiedzialnych za tę relację. Jedną z takich prób jest teoria przywiązania (*attachment*), opisywana m.in. przez Mahlera i Kohuta, która usiłuje tłumaczyć, jak zachowania rodziców mogą wpływać na ewentualne objawy zaburzeń funkcjonowania, obserwowane u dziecka w wieku dorosłym; skupia się ona głównie na naturze wczesnych więzi z rodzicami, a zwłaszcza z matką.

Badania z kręgu teorii poznawczych wskazują, iż istnieje podobieństwo pomiędzy stylami poznawczymi rodziców i ich dzieci (Seligman i in. 1984) i że bardziej negatywne style poznawcze, dotyczące widzenia siebie zdarzają się częściej u dzieci matek z depresją jednobiegunową (Jaenicke i in. 1987). Jednocześnie, niezależnie od okresu remisji rodzica, u dzieci tych nadal stwierdza się różnorodność dysfunkcji przystosowania społecznego, nawet do pięciu lat po wyzdrowieniu rodzica (Grunebaum i in. 1978; Kauffman, 1979; Billings, Moos, 1985; Lee, Gotlib, 1989). Dzieci i młodzież mająca depresyjnych rodziców jest bardziej zaburzona i w większej ilości obszarów funkcjonowania niż dzieci z rodziców z innymi zaburzeniami psychicznymi (Cytryn i in. 1982). Właśnie przystosowanie społeczne jest tym obszarem, który pozostaje pod szczególnym wpływem depresyjnych rodziców. Posiadanie depresyjnego rodzica może zwiększać ryzyko negatywnych stylów poznawczych.

Wstępne badania samooceny dzieci rodziców depresyjnych (Tyra, 1994) wykazały, że zarówno w pomiarze samooceny werbalnej, jak i niewerbalnej oceniały one siebie gorzej niż dzieci z grupy kontrolnej. Osoby najniżej oceniające siebie w wypowiedziach słownych to córki chorych matek i synowie chorych ojców. Dziewczęta oceniały siebie nieco wyżej niż chłopcy, którzy poprzestawali na samoocenę najniższej bądź przeciętnej. Wyniki tych badań nie są jednoznaczne. Duże znaczenie może tu mieć szczególnie wysoki w wieku 14-16 lat samokrytycyzm chłopców, późniejsze w stosunku do dziewcząt osiągnięcie dojrzałości psychicznej, późniejsza stabilizacja samooceny i niezależnianie się jej od mniej istotnych czynników zewnętrznych.

Wiele z przeprowadzonych badań opierało się na danych uzyskiwanych retrospektywnie od osób chorych na depresję, niekoniecznie mających chorych rodziców. Mówili oni o mniejszej, gorszej opiece rodzicielskiej i większej nadopiekuńczości swoich rodziców w okresie dzieciństwa i młodości niż np. ich zdrowi partnerzy (Parker, 1983). Pacjenci, u których wystąpiła depresja, stwierdzali bardziej dysfunkcyjne postawy u swoich matek. Niska jakość takiej opieki może mieć negatywne skutki dla późniejszego rozwoju samooceny i w efekcie powodować rozwój stylu poznawczego niosącego ze sobą ryzyko depresji. Mówi się, że rodzice dzieci depresyjnych są bardziej dominujący i kontrolujący, nie włączają dzieci w procesy podejmowania decyzji. Tak się zachowując, próbują kontrolować cele życiowe swoich dzieci, wybór przyjaciół, hamując przy tym ich własną ekspresję siebie. Dane z literatury wskazują, że w porównaniu z dziećmi rodziców zdrowych dzieci rodziców depresyjnych są

## DEPRESYJNI RODZICE I ICH DZIECI

bardziej podatne na wpływ konfliktów pomiędzy rodzicami. Bardzo często reakcją na stan i zachowanie osoby depresyjnej jest ze strony współmałżonka zerwanie komunikacji z nią jako sposób ochrony dzieci i siebie. Trudności interakcyjne w pożyciu małżeńskim nie dostarczają prawidłowego modelu identyfikacyjnego następnemu pokoleniu. W dziecku rodzić się może świadomość braku jakiegokolwiek pozytywnej ekspresji uczuć pomiędzy matką a ojcem oraz pomiędzy rodzicami a nim samym.

Niektórzy autorzy (Lahey i in. 1984) stwierdzili, że stres emocjonalny, problemy somatyczne i inne objawy depresji obniżają tolerancję obojga rodziców na negatywne zachowania dzieci. Symptomatologia depresyjna związana z obniżoną samooceną i doświadczanym brakiem kontroli zachowań może wpływać na reakcje rodziców na zachowanie dzieci. Jednakże depresja to nie tylko negatywny nastrój, ale i inne czynniki z nią związane: zmęczenie, słabsza zdolność koncentracji, myśli samobójcze oraz trudności w codziennym funkcjonowaniu rodziny (nieporozumienia małżeńskie, izolacja społeczna), które wpływają na dziecko. Sugeruje się więc, że to raczej obecność interakcji odrzucających niż brak interakcji opiekuńczych może być krytycznym czynnikiem w patogenezie depresji (Downey, Coyne, 1990).

Z perspektywy rozwojowej spodziewać się można, że wpływ na dziecko zależy od stopnia, w jakim objawy depresji i związane z nimi zachowania rodzica interferują z celami rozwojowymi dziecka. Niektórzy autorzy (Dyer, Giles, 1994) piszą, że chociaż historia depresji rodziców *per se* często nie ma istotnego wpływu, to poziom przystosowania społecznego rodziców związany jest ze stylem poznawczym i przystosowaniem u ich później dorosłych dzieci.

Zaburzenia depresyjne matki w różnych okresach życia dziecka mogą mieć różny wpływ (mniej bądź bardziej specyficzny) na cele rozwojowe danego wieku. Ostatnio w literaturze psychologicznej dość dobrze został udokumentowany fakt ryzyka wystąpienia zaburzeń behawioralnych i objawów psychopatologicznych u dzieci matek depresyjnych (Beardslee i in., 1983; Downey, Coyne, 1990; Gelfand, Teti, 1990). Wydaje się, iż te dzieci są szczególnie narażone na ryzyko zaburzeń afektywnych, choć mechanizmy tego wpływu nie są jeszcze dobrze poznane. Poziom depresji matki związany jest z jej negatywnymi interakcjami (dezaprobata, krzyk) z potomstwem w wieku przedszkolnym (Panaccione, Wahler, 1986). W swoich postawach jest ona bardziej negatywna, krytykancka i nieafirmująca niż kobiety zdrowe. Matki depresyjne zwykle są mniej empatyczne, reaktywne i ciepłe, a bardziej karzące i negatywnie nastawione do dziecka. Związane jest to z mniejszą zdolnością do empatycznych relacji i zachowań prospołecznych. Kobieta depresyjna może być tak zaabsorbowana swoim stanem wewnętrznym, że nie będzie w stanie odczytywać i reagować na sygnały od dziecka, co zakłóca jej ogólną zdolność do bycia emocjonalnie dostępną (Goodman i in. 1994).

Depresja sprawia, iż matki są bardziej zaabsorbowane sobą i mniej uwagi poświęcają potrzebom emocjonalnym dzieci. Dysfunkcyjne rodzicielstwo, charakteryzujące się negatywnymi i krytycznymi interakcjami oraz brakiem adekwatnego zaangażowania, może być związane z powstawaniem depresji także u dzieci. Badania (Goodman i in. 1994) potwierdzają, iż depresja zakłóca prawidłowe postawy rodzicielskie niezależnie od tego, czy dzieje się to poprzez percepcję siebie, percepcję dziecka czy jakoś bezpośrednich interakcji. Krytyczne postawy matek depresyjnych są aktywnym czynnikiem sprzyjającym powstaniu niskiej samooceny dziecka i – w mniejszym zakresie – także czynnikiem ryzyka zaburzeń psychicznych.

Depresja matki wpływa negatywnie na dziecko w różny sposób. Może zaburzać jakość i stałość interakcji matka–dziecko. Dzieci mogą tworzyć negatywną ocenę siebie i swoich możliwości zarówno w wyniku doświadczeń interakcji z matką, jak i poprzez uczenie się (obserwację) jej autodeprecjonujących doświadczeń.

Dzieci depresyjnych matek wydają się przenosić ich depresyjne zachowania na interakcje z innymi ludźmi.

Pomimo iż właściwie nie ma badań odpowiadających na pytanie, czy interakcje dzieci z niedepresyjnymi ojcami są lepsze i czy ci niedepresyjni ojcowie mogą „chronić” dzieci przed negatywnymi wpływami depresyjnej matki, to analiza dostępnych wyników badań pozwala na postawienie kilku wniosków i przypuszczeń. Interakcje niedepresyjnych ojców z dziećmi są bardziej pozytywne niż interakcje depresyjnych matek. Dzieci nie przenoszą zachowań depresyjnych na interakcje ze zdrowymi ojcami. Niedepresyjni ojcowie mogą więc kompensować braki w relacjach dziecka z depresyjną matką.

Głównym rezultatem badań dotyczących mechanizmów wpływu depresji matki na dziecko jest stwierdzenie, że dzieci matek zdrowych w porównaniu z dziećmi matek doświadczających depresji były bardziej emocjonalnie do nich przywiązane i wykazywały mniej problemów z zachowaniem. Posługując się terminami rozwoju poznawczego można powiedzieć, że dzieci matek depresyjnych mniej koncentrowały się na obiektach, gorzej ogólnie funkcjonowały poznawczo.

Liczne dowody mogą wskazywać na to, że matki depresyjne mogą być mniej wrażliwe na potrzeby rozwojowe swoich dzieci niż matki zdrowe (Kochanska, 1991). Stwierdzono bowiem, że matki depresyjne zachowują się w stosunku do nich w bardziej negatywny i wrogi sposób niż matki zdrowe lub wręcz wycofują się z interakcji z dzieckiem (Pound, Puckering, 1985).

Z danych uzyskanych od matek depresyjnych wynika, że ich dzieci w wieku przedszkolnym mają wiele problemów z zachowaniem w domu (np. Brody, Forehand, 1986; Zahn-Waxler i in., 1990). Niektórzy badacze donoszą także o zaburzonym rozwoju poznawczym i językowym małych dzieci. Stwierdzają (Ghodsion, Zajicek, Wolkind, 1984), że zarówno ostra, jak i przewlekająca się depresja matki była związana z nasileniem się problemów z zachowaniem ich dzieci.

Inni autorzy (Rosenbaum i in. 1988) donoszą, że dzieci matek chorujących na depresję były bardziej zahamowane niż dzieci matek niedepresyjnych. Depresja matki może narażać dziecko na zahamowanie behawioralne z kilku powodów. Po pierwsze, matki depresyjne mają trudności w angażowaniu się w codzienne role rodzicielskie, w utrzymywaniu odpowiedniego poziomu energii i pozytywnego afektu, koniecznych dla dostarczenia dziecku adekwatnej stymulacji do zabawy i okazji do badania nowego środowiska. Po drugie, matki depresyjne same dostarczają modelu osoby wycofującej się, anhedonicznej, pasywnej i często lękowej. Po trzecie, pewne czynniki biologiczne i genetyczne mogą być wspólne zarówno dla depresji, jak i behawioralnego zahamowania.

W wyniku przeglądu literatury Field (1992) stwierdziła, iż dzieci matek depresyjnych już w wieku 3 miesięcy ujawniają depresyjny nastrój, który przenosi się na interakcje z innymi kobietami i jeżeli depresja matki trwa dalej, to wpływa także na dalszy rozwój dziecka. Downey i Coyne (1990) sugerują, że być może niemowlęta uczą się naśladować pasywną, niereagującą postawę swoich matek. Obserwowano także u tych dzieci opóźnienia w rozwoju języka ekspresyjnego w wieku 3 lat oraz opóźnienia w czytaniu w wieku 8 lat. Mechanizm tych

## DEPRESYJNI RODZICE I ICH DZIECI

zależności jest trudny do uchwycenia tym bardziej, że depresji towarzyszy wiele innych czynników, takich jak np. konflikty małżeńskie, negatywne doświadczenia z dzieciństwa matki, często trudne warunki ekonomiczne itp. Weintraub, Prinz i Neale (1978) piszą, iż dzieci matek depresyjnych różnią się od dzieci z grupy kontrolnej w skali agresji, wycofywania się i poczucia bycia szczęśliwym. U takich dzieci także stwierdza się więcej objawów i diagnoz psychiatrycznych.

Wyniki badań wskazują na zgodność w objawach depresyjnych pomiędzy nastolatkiem a chorym rodzicem. Szczególnie dotyczy to objawów behawioralnych, takich jak poirytowanie, różnego rodzaju dolegliwości bólowe, zmęczenie, pobudzenie psychomotoryczne lub spowolnienie, wycofywanie się z interakcji społecznych, trudności ze snem, utrata apetytu, ale także objawów ideacyjnych (np. depresyjny nastrój, poczucie beznadziei, uczucie bycia niekochanym, myśli samobójcze). Zaburzenia zachowania, buntowniczność i wycofywanie się to najczęstsze objawy stwierdzane wśród dzieci (nastolatków) matek depresyjnych.

Istotną cechą postępowania rodzicielskiego matek depresyjnych jest niekonsekwencja w używaniu środków dyscyplinujących, częste stosowanie kar słownych i fizycznych, kontrola zachowań dzieci poprzez wywoływanie poczucia winy i lęku, mniejsza tolerancja, skąpe okazywanie ciepła rodzicielskiego.

Chociaż większość prezentowanych badań dotyczy klinicznie depresyjnych matek, to także wyniki badań nad łagodniejszymi formami depresji wskazują, iż jest ona związana ze wzrastającą niekonsekwencją dyscypliny oraz z narastającym konfliktem matka–dziecko. Zachowania dziecka będące częściowo reakcją na matkę mogą także stać się składnikiem matczynej depresji i zaburzeń w jej funkcjonowaniu w roli matki, co w następstwie znowu może wpływać na zachowanie i funkcjonowanie dziecka. Depresyjny nastrój matki i związane z nim wrogo-intruzywnie zachowania rodzicielskie obecne od pierwszego roku życia dziecka są związane z rozwijaniem się u dziecka zachowań agresywnych i odrzucających zarówno w stosunku do matki, jak i do rówieśników.

Chroniczna depresja matki, zaburzenia jej afektu oraz zaburzenia zachowań w sferze interpersonalnej mogą być związane z istniejącymi trudnościami dziecka w kontynuowaniu serii rozwojowych, samoregulujących i społecznie regulowanych zdolności, w tym tworzenia związków z innymi, utrzymywania pozytywnej oceny siebie, adekwatnej regulacji uczuć negatywnych (wstydu, winy, złości) oraz rozwijania umiejętności negocjowania konfliktów, współpracy z rodzicami i rówieśnikami.

Nie wszystkie dzieci reagują jednak jednakowo. Niektóre z nich bywają w swoich zachowaniach bardziej odrzucające i mniej zgodne (Goodman, Brumley, 1990), podczas gdy inne są mniej awersyjne i bardziej zgodne. Jeszcze inne wydają się nie różnić od dzieci matek niedepresyjnych (Bond, McMahan, 1984). Innymi słowy, niektóre dzieci uzewnętrzniają wzorce emocjonalne i behawioralne, inne manifestują style zinternalizowane, a jeszcze inne wydają się odporne na wpływ symptomatyki matek.

Zastanawiające są wyniki niektórych badań (Radke-Yarrow i in. 1993) mówiących, iż matki depresyjne utrzymywały wobec swoich synów afektywne wzorce zachowań, nie różniące się od obserwowanych u zdrowych matek. Inaczej wygląda to w przypadku córek. Czy matki depresyjne czynią więcej wysiłku, aby ochronić swoich synów niż córki? Lub – być może – chłopcy reagują inaczej (poirytowaniem) niż dziewczęta (które są bardziej lękliwe) na negatywny afekt matki i dlatego uzyskują od niej inne reakcje?

Stwierdzono wreszcie, że wpływ depresyjnej matki na dzieci był różny w zależności od czasu trwania i ostrości choroby, jakości sytuacji małżeńskiej oraz jakości jej związków z dzieckiem. To, czy dziecko ujawni zaburzenia zachowania, wydaje się zależeć głównie od tego, czy ono i jego matka pozostają w bliskim i satysfakcjonującym związku, w którym nie ma wysokiego poziomu wrogości.

Małżeństwa kobiet depresyjnych często cechuje konfliktowość, uboga komunikacja, podporządkowanie się mężowi, brak uczuciowości, jawna wrogość lub niewerbalne odrzucenie. Wrogość jest często jawna, a nawet jeśli tak nie jest, niewypowiedane cierpienie uważane jest przez małżonków za oskarżenie. Niewątpliwie depresja matki i żony wpływa w sposób niekorzystny na pozostałych członków rodziny. Stwierdzono (Tyra, 1993) związek pomiędzy poziomem objawów depresyjnych pacjentek a zachowaniami ich małżonków, charakteryzującymi się brakiem równowagi wewnętrznej, zmiennością reagowania i labilnością. Reakcje społecznie pożądane i reakcje negatywne odgrywają ważną rolę w związku pomiędzy przystosowaniem małżeńskim a przystosowaniem dziecka. Rozbicie (formalne i nieformalne) małżeństwa może być także związane z zaburzeniami występującymi u dziecka. W rodzinach z depresyjną matką ojciec wydaje się nawet bardziej opiekuńczy w stosunku do dzieci niż ojciec mający zdrową żonę. Te jego zachowania jednak mogą także wzmacniać w depresyjnej matce poczucie nieadekwatności i niekompetencji w jej roli rodzicielskiej (Tyra, 1994).

## DEPRESJA OJCA

Depresja matki może mieć istotny wpływ na problemy powstające i istniejące we wczesnych latach życia dziecka (syndrom deprivacji emocjonalnej). W miarę dorastania zarówno depresja matki, jak i ojca wydają się już podobnie, w równym stopniu wpływać na powstawanie i trwanie problemów psychologicznych dzieci.

TOMASZ L. TYRA

W ostatnich latach zaczęto interesować się wpływem depresji ojca na rozwój dziecka. Niektórzy badacze sugerują, że depresja ojca może być nawet silniejszym czynnikiem wpływającym na późniejsze pojawienie się depresji u młodzieży niż depresja matki (Forehand, Smith, 1986).

Nadal powszechnie przyjmuje się, iż rolą ojca powinno być dostarczanie rzeczy niezbędnych do życia rodziny, służenie jako główne źródło autorytetu rodziny, wspieranie żony w jej roli macierzyńskiej oraz dostarczanie wzorca męskiego chłopcom w rodzinie. W sytuacji zachorowania ojca na depresję te wszystkie funkcje, zdolności ojca do ich wypełniania mogą być zakłócone. Dzieci spostrzegają swojego depresyjnego rodzica jako bardziej wymagającego i odrzucającego niż ich rówieśnicy z różnych grup kontrolnych. Podczas gdy postawy matek depresyjnych spostrzegają jako nadmiernie troskliwe, ojciec chorujący na depresję w swoich postawach widziany jest jako wycofujący się z interakcji z dzieckiem i jednocześnie bardziej liberalny w stosunku do zachowań dziecka. Z badań przeprowadzonych przez innych autorów wynika, że pacjenci depresyjni spostrzegali swoich ojców jako bardziej odrzucających, mniej tolerancyjnych, bardziej impulsywnych, łatwiej poddających się emocjom niż osoby z grup kontrolnych (Eisemann i in. 1990). Świadczyć to może z jednej strony o negatywnym wpływie depresyjnych ojców na rozwój dziecka, a z drugiej o negatywnym wpływie ojca na rozwój dzieci, u których w późniejszym okresie życia rozpoznano zaburzenia depresyjne.

Niektórzy autorzy (Thomas, Forehand, 1991) opisują wzorce interakcji związane z płcią, w których depresja ojca w istotny sposób korelowała ze skłonnością do ujawniania przez syna problemów behawioralnych, a depresja matki także była związana z ujawnianiem podobnych problemów u ich córek. Podczas gdy nasilenie się depresyjnego nastroju ojca związane było z osłabieniem funkcjonowania poznawczego u synów, to odwrotna sytuacja występowała u ich córek. Można sądzić, iż u chłopców mających depresyjnego ojca mogą w przyszłości wystąpić braki w przystosowaniu społecznym, uwidaczniające się najbardziej w stawianiu i realizowaniu – często niezbyt udanych – celów życiowych, osiąganiu sukcesów zawodowych i rodzinnych.

Oczywiście takie trudności interakcyjne rodziców potrafią zakłócać i wypaczać społeczne i emocjonalne aspekty wychowania dziecka. Żony pacjentów depresyjnych opisuje się najczęściej jako kontrolujące, bardziej skłonne do pojednania, ale też często stosujące metodę „oko za oko”, przyjmujące na przemian rolę ofiary bądź prześladowcy.

Badania nad wpływem depresyjnych ojców na funkcjonowanie dzieci są bardzo nieliczne i pochodzą właściwie z okresu ostatnich kilkunastu lat. Ich wyniki są mało jednoznaczne i często sprzeczne ze sobą. Wnioski z nich wypływające sprowadzają się w zasadzie do kilku stwierdzeń. Depresja ojca wpływa na skłonność do internalizowania przez dziecko problemów behawioralnych oraz na osłabienie funkcjonowania poznawczego i społecznego. Osoby chore na depresję spostrzegają swoich ojców jako w przeszłości bardziej odrzucających, mniej tolerancyjnych i bardziej impulsywnych niż osoby z grup kontrolnych. Ten negatywny wpływ stwierdzono zarówno u dzieci, u których w późniejszych latach rozpoznano zaburzenia depresyjne, jak i u dzieci zdrowych. Niektóre badania wskazywały również na brak różnic we wpływie matki i ojca na funkcjonowanie dziecka. Z innych badań wynika, że depresja matki ma bardziej negatywny wpływ na zdrowie psychiczne potomstwa. Są też badania, na podstawie których można stwierdzić, że wpływ ten jest bardziej widoczny w przypadku depresji ojca. Nie ma także w badaniach jednoznacznego określenia rodzaju wpływu depresji ojca w zależności od płci dziecka.

Niewielka ilość badań nad wpływem depresyjnego ojca na rozwój i funkcjonowanie dziecka nie pozwala na przedstawienie obszerniejszego materiału porównawczego i określenie wszelkich odmienności od sytuacji, w której na depresję choruje matka. Niewątpliwie łatwiej dopatrzeć się tu podobieństw w funkcjonowaniu obu typów rodzin niż jednoznacznych różnic.

\*

Przez wiele lat zainteresowanie konsekwencjami jakości wczesnego środowiska wychowawczego dla zdrowia psychicznego w dorosłości koncentrowało się na ostrych zdarzeniach traumatycznych z okresu dzieciństwa. W ostatnich latach zaczęto brać pod uwagę większy zakres tych wpływów, a szczególnie takie niekorzystne warunki, jak choroba psychiczna rodzica. To przejście ze zdarzeń traumatycznych do przedłużających się i trwałych warunków wychowawczych przyniosło konieczność ponownej oceny mechanizmów biorących udział w obserwowanych związkach pomiędzy zaburzeniami rozwoju w dzieciństwie i młodości a relacjami rodzinnymi jako pierwszorzędnymi czynnikami przyczynowymi.

Dokonana powyżej analiza literatury skłaniać może do wysunięcia następujących wniosków i przypuszczeń:

1. Depresyjny rodzic pogrążony w chorobie traci zainteresowanie dziećmi, kontakty między nim a dziećmi ulegają ograniczeniu, komunikowanie może stać się trudne, pełne napięć bądź bezbarwne, ograniczone do niezbędnego minimum. Dziecko może odbierać ten stan jako wynik wycofania uczuć rodzicielskich. Próby emocjonalnego dotarcia do rodzica kończące się niepowodzeniem mogą jedynie utwierdzać dziecko w tym przekonaniu. Dziecko zwykle szuka przyczyny tego stanu w sobie, np. w swoim wyglądzie, zachowaniu poprzez



## DEPRESYJNI RODZICE I ICH DZIECI

zadawanie sobie pytania: Co jest we mnie takiego złego, brzydkiego, że ojciec (matka) przestał mnie kochać, akceptować?

2. Rodzic depresyjny może wysyłać pod adresem swojego dziecka komunikaty werbalne i niewerbalne, wyrażając niezadowolenie, brak wiary w jakąkolwiek poprawę i spełnienie pokładanych w dziecku oczekiwań. Wzmoczona w wieku młodzieńczym wrażliwość na krytykę może spowodować, że dziecko na stałe włączy do obrazu siebie określenia i cechy nadawane mu przez rodzica. Będą one miały na ogół zabarwienie negatywne, przesadnie pesymistyczne.

3. Proces identyfikacji z rodzicami bierze udział w kształtowaniu się osobowości młodego człowieka. Droga naśladownictwa dziecko przyjmuje stereotypy myślowe, wzorce i określone sposoby funkcjonowania często prezentowane przez rodzica, powiela je i reprodukuje w późniejszym wieku. Można więc sądzić, że podobny proces ma miejsce w przypadku postaw i zachowań rodzica depresyjnego. Dotyczyć to może głównie sposobu komunikowania własnych potrzeb, rozwiązywania konfliktów, tolerancji, a raczej nietolerancji na zmiany, postawy wycofywania się czy niskiej samoocenie.

4. Właściwa rodzicom depresyjnym i jednocześnie ich zdrowym małżonkom niekonsekwencja w postępowaniu rodzicielskim – zarówno zmienność strategii dyscyplinarnych, jak i nadmierne pobłażanie – jeśli jest długotrwała, stanowić może bardzo niekorzystny czynnik wychowawczy, mogący prowadzić do rozwoju wielorakich zaburzeń u dziecka.

5. Z uwagi na specyfikę funkcjonowania rodziny, w której jedno z rodziców cierpi na depresję, można się spodziewać, że dziecko będzie miało trudności m.in. w sferze ekspresji niewerbalnej, rozwiązywaniu konfliktów, dostosowywaniu się do zmian czy sytuacji nowych. Świadomość braków i trudności może obniżać ocenę własnych możliwości, efektów działania i ogólnie ocenę samego siebie. W dalszej kolejności prowadzi do kształtowania się depresyjnych cech osobowości i zwiększenia ryzyka wystąpienia depresji w późniejszym wieku.

TOMASZ L. TYRA

## BIBLIOGRAFIA

- Arietti S., Bemporad J. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal Psychiatry*, 137, 1360-1365.
- Beardslee, W., Bemporad, J., Keller, M. B., Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorders: A review. *American Journal Psychiatry*, 140, 825-832.
- Beardslee, W., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J., Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 32, 4, 723-730.
- Billings, A. G., Moos, R. H. (1985). Children of parents with unipolar depression: A controlled 1-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 149-166.
- Bond, C. R., McMahon, R. J. (1984). Relationships between marital distress and child behavior problems, maternal personal adjustment, maternal personality, and maternal parenting behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 348-351.
- Brody, G., Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 237-240.
- Canino, G. J., Bird, H. R., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Alegria, M. (1990). Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 3, 398-406.
- Cicchetti, D., Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. [W:] M. Rutter, C. E. Izard, P. B. Read (red.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (s. 71-134). New York: Guilford.
- Cytryn, L., McKnew, D. H., Bartko, J. J., Lamour, M., Hamovit, J. (1982). Offspring of parents with affective disorders. II. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 389-391.
- Downey, G., Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 180, 50-76.
- Dyer, J. G., Giles, D. E. (1994). Familial influence in unipolar depression. Effects of parental cognitions and social adjustment on adult offspring. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 4, 290-295.
- Eisemann, M., Gaszner, P., Maj, M., Perrsi, C., Richter, J., Vrsti, R. (1990). Reported parental rearing and depression: further experiences with EMBU in different countries. [W:] C. N. Stefanis, C. R. Soldatos (red.), *Psychiatry: a world perspective* (vol. 6, s. 67-72). Amsterdam: Elsevier Science.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Developmental and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Forehand, R., Smith, K. A. (1986). Who depresses whom? A look at the relationship of adolescent mood to maternal and paternal mood. *Child Study Journal*, 16, 19-23.
- Friedman, R., Corn, R., Hurt, S. (1984). Family history of illness in the seriously suicidal adolescent: A life cycle approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 390-397.
- Garmezzy, N., Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. [W:] E. M. Cummings, A. L. Greene, K. K. Karraker (red.), *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping* (s. 151-176). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychological Review*, 10, 329-353.
- Ghodsian, M., Zajicek, E., Wolkind S. (1984). A longitudinal study of maternal depression and child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 1, 91-109.
- Goodman, S. H., Adamson, L. B., Riniti, J., Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes: Associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 9, 1265-1274.
- Goodman, S. H., Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers. Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26, 31-39.
- Grunebaum, H. U., Cohler, B. J., Kauffman, C., Gallant, D. H. (1978). Children of depressed and schizophrenic mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 8, 219-228.
- Guidano, V. F., Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Harter, S. (1985). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. [W:] J. Suls, A. Greenwald (red.), *Psychological perspectives on the self* (vol. 3, s. 137-181). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hinchliffe, M. K., Hooper, D., Roberts, F. J. (1987). *Melancholia matżeńska*. Warszawa: PWN.
- Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, D., Gordon, D., Adrian, C. (1987). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 559-572.
- Kauffman, C., Grunebaum, H., Cohler, B., Gamer, E. (1979). Superkids: competent children of psychotic mothers. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1398-1402.
- Killeen, M. R. (1991). *A transactional model of self-esteem*. Paper presented at the Annual Meeting of the NIMH Mentored Awardees, Bethesda, MD.
- Kochanska, G. (1991). Patterns of inhibition to the unfamiliar in the children of normal and affectively ill mothers. *Child Development*, 62, 250-263.
- Lahey, B. B., Conger, R. D., Atkeson, B. M., Treiber, F. A. (1984). Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1062-1071.
- LaRoche, C. (1989). Children of parents with major affective disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 12, 919-932.
- Lee, C. M., Gotlib, I. H. (1989). Maternal depression and child adjustment: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 78-85.
- Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., Ye, W. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 17-28.
- Panaccione, V. F., Wahler, R. G. (1986). Child behavior, maternal depression, and social coercion as factors in the quality of child care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 263-278.

## DEPRESYJNI RODZICE I ICH DZIECI

- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Sydney: Grune & Stratton.
- Pound, A., Puckering, C. (1985). *The impact of maternal depression on young children*. Paper presented at the scientific meeting of the Association for Child psychology and Psychiatry.
- Pużyńska, E., Grzegorzczak, J., Średniawa, H., Niedzielska, A., Osiecka-Doniec, E., Stomma, D., Witkowska-Ulatowska, H., Borak, J. (1992). Stan zdrowia psychicznego potomstwa osób z endogennymi chorobami afektywnymi (II badania katamnesticzne). *Psychiatria Polska*, 26, 3-4, 223-232.
- Radke-Yarrow, M., Belmont, B., Nottelmann, E., Bottomly, L. (1990). Young children's self-conceptions: origins in the natural discourse of depressed and normal mothers and their children. [W:] D. Cicchetti, M. Beeghly (red.), *The self in transition: Infancy to childhood* (s. 345-361). Chicago: Univ. Chicago Press.
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Belmont, B., Welsh, J. D. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal Abnormal Child Psychology*, 21, 6, 683-695.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld, D. R., Meminger, S. M., Herman, J. B., Kagan, J., Reznick, S., Snidman, N. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 463-470.
- Rutter, M., Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Schaughency, E. A., Lahey, B. B. (1985). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of child behavior, parental depression, and marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 718-723.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tenenbaum, R. L., Alloy, L. B., Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal Abnormal Psychology*, 93, 235-241.
- Stomma, D. (1983). Dzieci osób chorych na endogenne choroby afektywne. [W:] *Pamiętniki XXXIX Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich*, (cz. I). Gdańsk: PTP.
- Sullivan, H. S. (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.
- Thomas, A. M., Forehand, R. (1991). The relationship between paternal depressive mood and early adolescent functioning. *Journal of Family Psychology*, 4, 260-271.
- Tyra, T. L. (1993). *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych*. Białystok: Dział Wyd. FUW.
- Tyra, T. L. (1994). Samoocena dzieci z rodzin depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 28, 3, 335-344.
- Weintraub, S., Prinz, R., Neale, G. (1978). Peer evaluations of the competence of children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 461-473.
- Weissman, M. (1979). Depressed parents and their children: Implications for prevention. W: I. Berlin, L. Stone (red.), *Basic handbook of child psychiatry* (vol. 4, s. 142-156). New York: Basic Books.
- Zahn-Waxler, C., Iannotti, R. J., Cummings, E. M., Denham, S. (1990). Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2, 271-291.