ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Depressão materna

Atualização Junho 2013

©2009-2026 ABILIO | DEPRESSÃO MATERNA

Índice

Síntese 5

Tratamento da depressão pós-parto 8
PETER COOPER D.PHIL., LYNNE MURRAY, PHD SARAH HALLIGAN, D.PHIL., MAIO 2010

Depressão materna: Comentários sobre os artigos de Cummings & Kouros; Campbell; Goodman & Rouse; Toth & Peltz; e Cooper, Murray & Halligan 14
THOMAS G. O'CONNOR, PHD ANNE S. BURKE, BA, JULHO 2010

Depressão perinatal e a criança: uma perspectiva desenvolvimentista 21
SHERRYL H. GOODMAN, PHD MATTHEW H. ROUSE, MA, MSW, FEVEREIRO 2010

Depressão materna e ajustamento da criança na primeira infância 28
SUSAN B. CAMPBELL, PHD, FEVEREIRO 2010

Depressão materna e sua relação com o desenvolvimento e o ajustamento da criança 34
E. MARK CUMMINGS, PHD CHRYSTYNA D. KOUROS, PHD, OUTUBRO 2009

Depressão materna 41
SHEREE L. TOTH PHD, JACK PELTZ MA, NOVEMBRO 2009

©2009-2026 ABILIO | DEPRESSÃO MATERNA

Tema financiado por:



Síntese

Qual é sua importância?

Os cuidados atentos e sensíveis da mãe têm uma importância decisiva para o bom desenvolvimento da criança. Contudo, *13% das mulheres* nos países desenvolvidos (e uma proporção mais alta nos países em desenvolvimento) vivenciam sintomas depressivos durante a gravidez e/ou após o parto. A *depressão materna*, também conhecida como depressão perinatal, engloba diversos transtornos do humor que se manifestam durante a gravidez e após o parto. As mães depressivas são mais suscetíveis de serem confusas, desleixadas e desligadas com seu filho. Essa *parentalidade disfuncional* é especialmente preocupante durante os primeiros anos de vida da criança, quando ela mais depende dos estímulos de sua mãe. O resultado é que as práticas parentais da mãe depressiva podem contribuir ou predispor a criança a diversos problemas precoces de desenvolvimento. A depressão materna é hoje considerada uma grande *preocupação social*, e intervenções são necessárias no intuito de prevenir ou diminuir seus efeitos negativos sobre o desenvolvimento das crianças.

O que sabemos?

Existe um consenso geral de que a depressão materna está associada a *problemas desenvolvimentais* da criança, inclusive transtornos socioemocionais, cognitivos e comportamentais.

Funcionamento socioemocional

Os filhos de mães depressivas são mais propensos a: 1) expressar um afeto negativo; 2) ter dificuldade em controlar sua raiva; 3) demonstrar um apego inseguro; 4) ter piores habilidades interpessoais; 5) vivenciar um nível de estresse mais alto.

Funcionamento cognitivo

Além disso, em geral, os filhos de mães depressivas: 1) mostram um desenvolvimento menos avançado da linguagem; 2) têm menos habilidades na escola; 3) têm uma autoestima mais baixa; e 4) manifestam outras vulnerabilidades cognitivas para a depressão ou outros transtornos.

Funcionamento comportamental

No plano comportamental, os filhos de mães depressivas se caracterizam por: 1) ter mais problemas de sono; 2) ser menos cooperativos; 3) ter dificuldade em controlar sua agressividade; 4) ser inativos. Eles correm também mais riscos de desenvolver *comportamentos de interiorização (por exemplo, depressão) e de externalização (por exemplo, comportamentos agressivos)* quando comparados com os filhos de mães não depressivas.

As crianças expressam esses problemas de desenvolvimento em níveis diferentes. O *contexto familiar e as influências bidirecionais*, como o estado de saúde e as características temperamentais da criança, podem diminuir ou piorar o impacto da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança. Por exemplo, o *envolvimento paterno* pode reduzir o efeito negativo da depressão materna sobre os comportamentos de interiorização da criança. Inversamente, *conflitos parentais* predizem problemas de adaptação para as crianças de mães depressivas.

O que pode ser feito?

Para melhorar os resultados do desenvolvimento das crianças, as abordagens de prevenção e de intervenção devem se concentrar na melhoria da qualidade das interações entre a mãe e o bebê.

Como medida preventiva, é preciso *educar* os pais (especialmente os novos pais) dos efeitos benéficos de uma gravidez saudável. Deve-se enfatizar as competências eficazes, as boas práticas de educação dos filhos e a disciplina para prepará-los melhor para o seu papel de pais. As *intervenções preventivas* podem ser particularmente benéficas para as mulheres com antecedentes de depressão que pensam em ficar grávidas, com o objetivo de reduzir a possibilidade de depressão materna.

Atualmente, os resultados das pesquisas para melhorar a qualidade das interações entre a mãe e seu bebê apoiam as intervenções que fortalecem as *competências parentais*. As evidências sugerem que as *visitas domiciliares* de profissionais ou enfermeiras comunitárias melhoram a sensibilidade materna e o apego seguro das crianças. Da mesma forma, considerando que o envolvimento paterno pode reduzir o impacto da depressão materna sobre o funcionamento da criança, os outros membros da família devem também apoiar e encorajar a mãe.

Embora os métodos de intervenção tenham conseguido melhorias no que diz respeito ao desenvolvimento das crianças, é importante lembrar que existem *grandes variações nos efeitos*

observados em crianças expostas à depressão materna. Nenhuma intervenção (por exemplo, as visitas domiciliares ou a terapia de família) tem os mesmos resultados em todas as crianças. Por isso, os formuladores de políticas devem valorizar a importância da flexibilidade em matéria de tratamentos e de políticas.

Tratamento da depressão pós-parto

Peter Cooper D.Phil., Lynne Murray, PhD Sarah Halligan, D.Phil.

Winnicott Research Unit, University of Reading, Reino-Unido

Maio 2010

Introdução

A Depressão Pós-Parto (DPP) é comum, com prevalência de aproximadamente 13%[1] no mundo desenvolvido, e muito mais alta em alguns contextos do mundo em desenvolvimento.[2,3,4] Há um conjunto considerável de evidências que comprovam que a DPP limita a capacidade da mãe de interagir positivamente com seu bebê, e diversos estudos mostram que a DPP compromete o desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional da criança.[5] É difícil prever a DPP antes do parto[6] e, de qualquer modo, as intervenções preventivas mostraram-se amplamente ineficazes.[7] Portanto, as pesquisas e o atendimento clínico têm focalizado o tratamento da DPP manifesta.

Do que se trata

Atualmente, a DPP é reconhecida como uma questão importante de saúde pública, devido ao sofrimento que causa às mães e ao impacto negativo mais amplo sobre a família. Assim, surgiu nos últimos anos um interesse considerável na elaboração e na avaliação de tratamentos para DPP, e diversos ensaios clínicos randomizados vêm sendo realizados. É importante uma avaliação cuidadosa dos achados desse conjunto de pesquisas, não só para o provimento de serviços a mães com DPP e seus filhos, mas também para elucidar os processos causais.

Problemas

A maioria dos estudos sobre o tratamento de DPP preocupou-se com seu impacto sobre o humor da mãe. Por outro lado, poucos estudos analisaram o impacto do tratamento sobre a qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança e sobre os riscos associados ao desenvolvimento infantil. Portanto, é difícil avaliar o significado clínico dos achados de pesquisas além daqueles relacionados ao humor da mãe.

Contexto de pesquisa

©2009-2026 ABILIO | DEPRESSÃO MATERNA

Há diversos estudos naturalísticos adequadamente realizados que abordam o impacto da DPP sobre o relacionamento entre mãe e criança, e a estrutura do prejuízo nos cuidados parentais nesse contexto é atualmente bem compreendida. Do mesmo modo, há evidências detalhadas e consistentes sobre as consequências da DPP para o desenvolvimento da criança.[5] Foram realizados também diversos ensaios clínicos randomizados para determinar o impacto do tratamento sobre a DPP.[7,8] No entanto, quase todos os experimentos de tratamento clínico apresentaram limitações em termos de monitoramento, e centraram-se principalmente no impacto sobre o humor da mãe, e não na qualidade do relacionamento entre mãe e filho e no consequente desenvolvimento da criança.

Questões-chave de pesquisa

1. O provimento de tratamento específico para DPP produz melhores resultados em termos do humor da mãe do que o “tratamento habitual”, ou nenhum tratamento?

2. Algumas formas de tratamento de DPP são mais eficazes do que outras para melhorar o humor da mãe?

3. Os tratamentos de DPP melhoram a qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança?

4. Os tratamentos de DPP favorecem o desenvolvimento da criança? E, em caso afirmativo, esse benefício é devido ao seu impacto sobre o relacionamento entre a mãe e a criança?

Resultados de pesquisas recentes

Grande parte das pesquisas sobre tratamentos focalizou a eficácia de *intervenções psicoterapêuticas*. Uma revisão de diversos ensaios clínicos randomizados[9] concluiu que tanto tratamentos psicológicos específicos como intervenções psicossociais mais genéricas foram moderadamente eficazes para melhorar a disposição de ânimo da mãe, e produziram benefícios semelhantes. Recentemente, uma meta-análise das intervenções psicoterapêuticas para DPP – inclusive terapia cognitivo-comportamental (TCC), apoio social, terapia interpessoal, orientação não direcionada e terapia psicanalítica – também concluiu que essas formas de tratamento são moderadamente eficazes.[8] Ambas as revisões destacaram a natureza de curto prazo da maioria dos experimentos e o curto período de monitoramento.

Há poucos dados disponíveis sobre o papel da intervenção farmacológica. Um estudo de 1977, realizado no Reino Unido,[10] constatou benefícios semelhantes com a utilização de Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina – ISRS (fluoxetina) –, orientação, ou medicamento associado à orientação. Deve-se notar que mais de 50% das mulheres solicitadas a participar desse estudo recusaram-se a fazê-lo, principalmente devido à relutância a ingerir medicamentos. No Canadá, um estudo de pequeno alcance sobre o tratamento de DPP associada à ansiedade[11] constatou níveis semelhantes de progressos com a utilização de outro ISRS (paroxetina), isoladamente e associada à TCC. É preciso avaliar mais detalhadamente o papel da medicação antidepressiva no tratamento de DPP,[12] principalmente quando o transtorno tornou-se crônico. A possibilidade de transmissão do medicamento para o bebê por meio do aleitamento materno constitui uma fonte de preocupação.[13]

Uma questão crucial relacionada ao tratamento da DPP diz respeito à medida dos *progressos no relacionamento entre a mãe e o bebê e no desenlace do desenvolvimento do bebê* que resultam desse tratamento. Poucos estudos abordaram especificamente essa questão.[14,15] Um grande ensaio randomizado controlado (ERC), que compara TCC, orientação e terapia psicanalítica a cuidados regulares, constatou que, embora todos os tratamentos ativos tenham apresentado resultados moderadamente eficazes para a depressão, e tenham resultado em benefícios de curto prazo para a qualidade do relacionamento entre a mãe e o bebê, havia poucas evidências de benefícios para o desenvolvimento do bebê. E os efeitos – inclusive para o humor da mãe – não ficaram evidentes ao longo do seguimento.[16,17] Do mesmo modo, um ERC realizado recentemente constatou que, embora a psicoterapia interpessoal fosse eficaz no tratamento da depressão materna, não apresentou benefícios em termos da interação observada entre a mãe e o bebê, afetividade negativa do bebê e segurança do apego do bebê.[18]

Uma abordagem alternativa é o *aprimoramento das práticas parentais* de forma mais direta. Por exemplo, Cicchetti *et al.*[19,20] analisaram o impacto do provimento de psicoterapia prolongada (duração média de 57 semanas) para mães em depressão, psicoterapia essa que se centrava na promoção de representações positivas de apego materno e de interações mãe-bebê. Os autores identificaram benefícios em relação ao apego e ao desenvolvimento cognitivo da criança. Foram realizados ainda estudos sobre intervenções de menor duração no período pós-parto, centrados nas interações mãe-bebê, e foram relatados efeitos benéficos tanto com orientação dirigida à interação[21] quanto a massagens para o bebê.[22,23] Além disso, a facilitação do relacionamento, baseada em avaliação neonatal realizada pela mãe – medida pela *Neonatal Behavioral*

Assessment Scale – NBAS (Escala de Avaliação de Comportamento Neonatal) – produziu melhorias na comunicação do bebê e na organização dos estados de vigília do bebê no prazo de um mês.[24] Em uma intervenção de mais longo prazo, realizada como parte de um ERC mais amplo em um assentamento periurbano na África do Sul, agentes comunitários realizaram visitas domiciliares visando melhorar a sensibilidade materna, o que resultou não só em progressos significativos em relação às práticas parentais, mas também, ao longo do período de seguimento, no aumento da taxa de apego seguro nos bebês.[25] Recentemente, foi constatado que uma intervenção domiciliar para mães em depressão, utilizando vídeos,[26] teve efeitos positivos sobre a qualidade do relacionamento entre a mãe e o bebê e do apego do bebê. Apesar dessas constatações animadoras, ainda é preciso demonstrar em que medida as melhorias na qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança levam a melhores resultados para o desenvolvimento da criança no longo prazo.

Lacunas de pesquisa

Embora diversas formas de intervenção tenham sido comprovadamente benéficas para mães com DPP, nenhuma delas provou ter efeitos duradouros sobre o humor da mãe, e há poucas evidências de que qualquer intervenção favoreça o desenvolvimento da criança no longo prazo. Ainda está por ser demonstrado qual é a melhor forma específica de tratamento, embora evidências atuais mostrem que o foco em práticas parentais talvez seja a estratégia mais promissora. Além disso, embora existam formas distintas de distúrbios relacionados às práticas parentais no contexto da DPP que, por sua vez, estão associadas a formas específicas de resultados adversos para a criança, ainda é preciso analisar empiricamente se características particulares do relacionamento entre a mãe e a criança podem ser abordadas de maneira eficaz nas intervenções que visam melhorar resultados específicos da criança. E mais: embora o desenvolvimento infantil seja especialmente comprometido no contexto de DPP crônica, até o momento nenhum estudo teve esse grupo de mães como alvo para determinar se uma intervenção pode melhorar o humor das mães e beneficiar o desenvolvimento da criança.

Conclusões

Embora nenhum tratamento tenha sido considerado superior a outro, e embora não haja evidências de benefícios para o humor da mãe no longo prazo, muitos deles mostraram-se eficazes para ajudar mães com DPP a recuperar-se do transtorno. Apesar da curta duração da maioria dos estudos e do curto período de acompanhamento, abordagens voltadas às práticas

parentais resultaram em alguns progressos em relação à qualidade das interações mãe-bebê. Ainda que não sejam conhecidos os efeitos de mais longo prazo dessas intervenções nas práticas parentais, há novas evidências de que algumas deles podem, no mínimo, ajudar a prevenir resultados infantis insatisfatórios associados à DPP no curto prazo. Uma vez que resultados adversos apresentados pela criança e associados à DPP têm maior probabilidade de ocorrer no contexto de depressão crônica ou recorrente, é particularmente importante que esse grupo de mães seja identificado e encaminhado para intervenção.

Implicações para pais, serviços e políticas

Tendo em vista a alta prevalência de DPP e seu impacto negativo sobre o relacionamento entre a mãe e a criança e sobre o desenvolvimento infantil, é importante que sejam implantados serviços públicos voltados à identificação precoce e ao tratamento desse distúrbio. É fundamental que o tratamento dê atenção à qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança e que sejam introduzidas medidas terapêuticas específicas para auxiliar a mãe a envolver-se ao máximo com seu bebê. Em contextos de alto risco, em que a depressão tem maior probabilidade de ser prolongada ou recorrente, é importante que seja realizado um acompanhamento de longo prazo, de forma a prover apoio responsivo e contínuo.

Referências

1. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37–54.
2. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 1999;175:554-558.
3. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N.Gender, poverty, and postnatal depression: a Study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry* 2002;159(1):43-47.
4. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine* 2003;33(7):1161-1167.
5. Murray L, Halligan SL, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. In: Wachs T, Bremner G, eds. *Handbook of Infant Development.* Malden, MA : Wiley-Blackwell. In press.
6. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine* 1996;26(3):627-634.
7. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;4:1-72
8. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2008;64(1):103-118.
9. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;4:1-49.

10. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 1997;314(7085):932-936

11. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1236-1241.

12. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;2:1-15.

13. Berle JO, SteenVM, AamoTO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding During Maternal Antidepressant Treatment With Serotonin Reuptake Inhibitors: Infant Exposure, Clinical Symptoms, and Cytochrome P450 Genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1288-1234.

14. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 191(4):378-386.

15. Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal 2006;*27(4):327-343.

16. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):412-419.

17. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression, 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):420-427.

18. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology* 2007;19(2):585-602.

19. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development* 1999;1(1):34-66.

20. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(2):135-148.

21. Horowitz JA, Bell M, Trybulski J, Munro BH, Moser D, Hartz SA, McCordic L, Sokol ES. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. *Journal of Nursing Scholarship* 2001;33(4):323-329.

22. GloverV, Onozawa K, Hodgkinson A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology* 2002;7(6):495-500.

23. Onozawa K, GloverV, Adams D, Modi N, Kumar RC. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001;63(1-3):201-207.

24. Hart S, Field T, Nearing G. Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology* 1998;23(6):351-356.

25. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, McPherson K, Murray L Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2009;338(7701):b974.

26. van Doesum KTM, Riksen-Waraven JM., Hosman CMH, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development* 2008;79(3):547-561.

Depressão materna: Comentários sobre os artigos de Cummings & Kouros; Campbell; Goodman & Rouse; Toth & Peltz; e Cooper, Murray & Halligan

Thomas G. O'Connor, PhD Anne S. Burke, BA

University of Rochester Medical Center, EUA

Julho 2010

Introdução

As revisões contempladas nesse artigo, escritas por pesquisadores de primeira linha, fornecem de forma concisa e cabal os resultados-chave das pesquisas sobre a depressão materna, e a forma que esses resultados podem influenciar as políticas e as práticas. Para tanto, eles articulam um conjunto de perguntas sobre a pesquisa clínica e seus resultados, com grandes implicações para os indivíduos e as famílias afetadas e para a sociedade como um todo. Existe uma concordância significativa em todos esses estudos a respeito daquilo que é conhecido e daquilo que ainda não está muito claro. Além disso, há um consenso quanto à maneira desses autores conceitualizarem o impacto da depressão materna e a forma dos pesquisadores especializados em outras áreas das ciências comportamentais se esforçarem para entender o impacto da exposição ao risco. Em consequência, se conseguirmos resolver algumas questões de ordem prática e estratégica levantadas nesses estudos – apontando com precisão a fonte das diferenças individuais na exposição ao risco, integrando modelos e medições biológicas e psicológicas, traduzindo o entendimento científico para melhorar a detecção e o tratamento da depressão materna – teremos então conseguido realizar um progresso que poderá ser generalizado para outros problemas clínicos com múltiplas causas.

Pesquisas e conclusões

Esses relatórios descrevem conclusões com as quais quase todos concordam; eles ressaltam noções importantes relativas à depressão materna e, de forma mais geral, à pesquisa em psicologia desenvolvimental. Toth e Peltz[1] enfatizam a necessidade de levar em conta múltiplos fatores biológicos, característica dos protocolos atuais de pesquisa; Goodman e Rouse[2] se interessam mais especificamente por questões e mecanismos relativos ao ritmo de aparição da exposição aos riscos, característica dos principais programas de pesquisa sobre muitos assuntos;

Campbell[3] se concentra sobre as práticas parentais (como outros autores) e destaca a necessidade prática para a teoria e as intervenções clínicas de focalizar mediadores específicos da exposição aos riscos; Cummings e Kouros[4] documentam a tendência dos estudos de pesquisa se concentrar em demasia sobre um risco específico para o desenvolvimento da criança sem levar em conta o contexto familiar mais amplo; Cooper e colegas[5] ressaltam as vantagens dos estudos sobre o tratamento em relação aos estudos de pesquisa observacionais, e como os resultados dos estudos de tratamento apresentam outros desafios para a teoria e os métodos.

Os estudos identificam resultados que merecem ser reiterados e desenvolvidos, a saber: a) o conceito do ritmo desenvolvimental, b) os desafios na inferência de conexões causais, c) a necessidade de incorporar modelos biológicos.

a. *O ritmo desenvolvimental*. Um resultado que requer um exame mais aprofundado é que o efeito (ou o efeito presumido) da depressão materna sobre a criança se manifesta mesmo na primeira infância. Isso poderia ser uma consequência de efeitos precoces geneticamente mediados (ver abaixo). Entretanto, que certos fatores genéticos estejam em jogo ou não, essa observação implica que os estudos de pesquisa abrangentes devem começar logo no início do desenvolvimento da criança. Por exemplo, os estudos iniciados cedo no desenvolvimento da criança deveriam permitir acompanhar o desabrochar do diálogo entre pais e filho ao longo do desenvolvimento, que cada autor discute ou menciona. Além disso, estudos englobando o período da primeira infância e da infância permitiriam analisar se os bebês estão ou não particularmente sensíveis aos efeitos de uma perturbação nos cuidados precoces, como aquela que, muitas vezes, acompanha a depressão materna. Estudos experimentais demonstraram que é o caso para os animais,[6] e que, portanto, é necessário examinar se é também o caso para os seres humanos. Convém notar que a sugestão de iniciar os estudos na primeira infância não decorre da evidência que existem efeitos específicos da depressão materna durante esse período, mas antes da necessidade de averiguar essa possibilidade. Por exemplo, no caso da depressão materna pós-parto, o fato da exposição precoce ter um impacto específico está longe de ser comprovado.[7,8]
   Na realidade, existem muitos problemas decorrendo do fato que não conhecemos suficientemente o papel do ritmo desenvolvimental – a hipótese que a criança seja especialmente vulnerável ao impacto da depressão materna durante certos períodos de seu desenvolvimento. Muitos estudos trazem resultados provocativos, porém não conseguem resolver a questão. Por exemplo, se os efeitos da depressão materna podem ser observados durante os primeiros meses de vida dos bebês, podemos indagar se a qualidade dos cuidados parentais poderia ser um fator causal (isto é, é possível que os cuidados parentais

tenham tomado o controle do desenvolvimento da criança nessa fase? Ainda não sabemos.). Uma aplicação prática dessa pergunta científica é saber se existem ou não períodos ideais para uma intervenção. Por exemplo, intervenções realizadas junto a mães depressivas com crianças pequenas podem melhorar a relação de apego entre a criança e sua mãe.[9] Até agora, parece não haver um momento (por exemplo, a idade da criança) após o qual as intervenções relativas às relações pais-filho ou ao desenvolvimento da criança se mostram claramente ineficazes.

b. *As inferências causais*. A exposição à depressão materna implica quase certamente uma exposição a um monte de outros fatores que vão também comprometer o desenvolvimento da criança (mesmo se eles não estavam associados à depressão materna); muitos deles são mencionados nos artigos analisados. Em consequência, é possível conceitualizar a depressão materna enquanto variável de substituição, como a pobreza, o divórcio/novo casamento dos pais e diversos outros riscos que predominam nas pesquisas sobre o desenvolvimento e a psicopatologia da criança. De fato, uma vez que, por sua natureza, a depressão materna aumenta o risco de outras adversidades (e ela própria resulta de outras adversidades), o fato de considerar que a depressão materna exerce um efeito específico é reducionista. O que não quer dizer que a depressão materna não seja uma questão interessante de ser pesquisada e tratada, mas que os estudos observacionais simplesmente não têm a capacidade de resolver efeitos inerentemente complicados.

   Um exemplo disso é a depressão paterna. Os estudos sugerem que a depressão paterna foi ignorada; as consequências desse esquecimento poderiam ser graves. A tendência de pessoas com transtornos psiquiátricos se juntarem é bem conhecida – as mulheres com transtornos psicológicos tendem a se unir a homens com transtornos psicológicos e vice-versa – e isso confunde as pesquisas e os esforços clínicos que se concentram apenas em um dos parceiros. Além disso, um estudo recente mostrou que, mesmo no período pós-parto, um período de riscos convencionalmente atribuído somente às mulheres, o risco de depressão é alto nos homens.[10] Outro estudo demonstrou que a depressão pós-parto do pai prediz dificuldades de adaptação para a criança, independente da depressão pós-parto da mãe.[11] Contudo, a maioria dos estudos que tratam da depressão pós-parto da mãe não menciona a depressão pós-parto do pai, ou então considera o meio familiar no sentido amplo.

   O modelo dos estudos de intervenção deveria ser considerado especialmente valioso porque oferece muito mais possibilidades de testar as hipóteses causais. Por exemplo, vários estudos[12,13] sugerem que mudanças na depressão materna (conseguidas graças à

intervenção) têm efeitos positivos “a jusante” sobre o desenvolvimento da criança; o que implica uma ligação muito mais sólida que as associações obtidas a partir dos estudos observacionais.

c. *Os modelos biológicos.* Muitos pesquisadores observaram que o fato de se concentrar exclusivamente sobre os efeitos comportamentais na criança constitui um fator limitante. Se existirem efeitos comportamentais, efeitos biológicos devem existir também. Por enquanto, não há nenhum modelo organizacional convincente que apontaria para um ou outro aspecto de pesquisa focada no plano biológico sobre o impacto da depressão materna, porém existem muitos candidatos, como já observamos. Existe um estudo longitudinal recente notável porque ele ampliou a pesquisa sobre os sintomas maternais muito além dos efeitos comportamentais e suas causas subjacentes. Esse estudo estabeleceu uma ligação entre os sintomas maternos e a doença e marcadores específicos do funcionamento do sistema imunológico da criança.[14] Se a depressão parental puder ser ligada de forma causal à saúde cardiovascular ou imunológica da criança (e estamos longe disso ainda), o seu impacto sobre a saúde pública seria significativo, e tratar da depressão parental seria então visto como um objetivo principal por todos os prestadores de cuidados em saúde e não apenas por aqueles que trabalham em saúde mental.

Considerando a concisão dos relatórios, é provavelmente inevitável que algumas características importantes tenham sido deixadas de lado ou pouco desenvolvidas. A mais evidente é a genética. Muitos autores mencionam fatores genéticos, porém a aplicação prática desses fatores não é exatamente imediata. Estudos realizados com gêmeos ou crianças adotadas fornecem argumentos adicionais para detectar efeitos mútuos do genótipo e do ambiente. Estudos de genética molecular são provavelmente mais fáceis e mais baratos de realizar, embora o desafio aqui seja conhecer a atuação do alelo de risco específico, mesmo se algo foi detectado. E ainda não temos evidências sólidas que fatores genéticos predizem a resposta ao tratamento. Essas advertências são importantes para as futuras pesquisas. Todavia, é interessante saber que os efeitos genéticos estão sendo incluídos de forma confiável nos estudos atuais. Estudos importantes mostram que fatores genéticos podem estar associados a comportamentos parentais,[15] e que os efeitos das práticas parentais sobre os filhos poderiam depender de características genéticas das crianças.[16] Esse fato complementa as muitas evidências de que a depressão materna está até certo ponto sob controle genético. Seria de estranhar que o papel difuso (embora talvez não tão extenso) da genética como descrito acima não fosse manifesto na cadeia causal que liga a depressão materna ao desenvolvimento da criança.

Implicações para o desenvolvimento e as políticas

Uma das implicações mais importantes, porém mais complexas, para as políticas diz respeito à extensão das diferenças individuais no desenvolvimento humano. Por exemplo, existe uma grande variação nas respostas das crianças ao estresse, mesmo quando a pesquisa se concentra em uma exposição específica, como a depressão materna, e mesmo quando essa exposição for extrema, como no caso de crianças criadas em instituições.[17] Isso pode ser visto na série de artigos atuais, nos esforços feitos pelos autores para qualificar a maioria dos resultados relatados e mencionar fatores como o temperamento das crianças, sua sofisticação cognitiva ou qualquer outro fator que poderia ter uma influência sobre as razões de algumas crianças responderem à depressão materna de forma pior que outras. Mesmo que a depressão materna fosse uma exposição monolítica – o que certamente ela não é – os efeitos sobre as crianças seriam diferentes por causa das diversas fontes de vulnerabilidades, cognitivas, genéticas e outras.

Uma ampla variação no desenvolvimento das crianças expostas a um risco específico implica uma grande variação de suas respostas a qualquer intervenção específica baseada em evidências – seja na forma de visita a domicílio ou de terapia familiar. Isso explica por que os estudos sobre intervenções se concentram tanto na pergunta “o que funciona para quem?” ou naquilo que os pesquisadores chamam de “moderadores” dos resultados do tratamento nas publicações científicas. A mensagem explícita é que nenhuma intervenção específica funciona para todos; nem todos os participantes vão responder clinicamente a intervenções baseadas em evidências. Isso representa uma mensagem complexa e talvez indesejável, difícil de ser transmitida de forma simples e rápida a uma audiência leiga e traduzida nas políticas. Temos que estar preparados para a descoberta inevitável que uma intervenção (no plano clínico ou político) terá certamente efeitos variados, que podem ser fantásticos para alguns, irrelevantes para outros, e possivelmente contraproducentes para outros ainda. Pode ser que o movimento na direção de uma medicina individualizada, que decorre natural e logicamente das pesquisas genéticas, oferecerá um contexto para focar e adaptar as intervenções. Porém, ainda não chegamos lá. A mensagem-chave é a flexibilidade, por exemplo, nos tratamentos e políticas ligados às possíveis intervenções.

Uma segunda implicação diz respeito à necessidade de se concentrar nas estimativas de risco e de adaptação ao nível da população, um assunto que não foi muito coberto nesses artigos. Infelizmente, a pesquisa mostra a dificuldade de conseguir mudanças na escala de uma população, e são poucos os estudos informativos que foram feitos sobre esse assunto.[18] Além

disso, apesar dos esforços de pesquisa combinados ao longo de muitos anos, não foi relatado nenhuma redução dos problemas de depressão materna ou de adaptação das crianças; em contrapartida, alardeou-se uma epidemia de depressão em crianças, embora sem base em evidências consistentes.[19] Em consequência, um objetivo para as políticas poderia ser de envidar esforços para entender como os êxitos nos estudos sobre tratamento individual e os progressos alcançados nas pesquisas não se traduzem em populações com melhores condições de saúde.

Referências

1. Toth SL, Peltz J. Maternal depression. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters R DeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-8. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Toth-PeltzANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
2. Goodman SH, Rouse MH. Perinatal depression and children: A developmental perspective. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Goodman-RouseANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
3. Campbell SB. Maternal depression and children's adjustment in early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/CampbellSBANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
4. Cummings EM, Kouros CD. Maternal depression and its relation to children's development and adjustment. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Cummings-KourosANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
5. Cooper P, Murray L, Halligan S. Treatment of postpartum depression. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-6. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Cooper-Murray-HalliganANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
6. Caldji C, Tannenbaum B, Sharma S, Francis D, Plotsky PM, Meaney MJ. Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 1998;95(9):5335-5340.
7. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(5):623-636.
8. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2007;97(1-3):145-54.
9. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.
10. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010;303(19):1961-1969.
11. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008;47(4):390-398.

12. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King CA, Cerda G, Sood AB, Alpert JE, Trivedi MH, Rush AJ; STAR*D-Child Team. Remissions in maternal depression and child psychopathology: STAR*D-child report. *JAMA* 2006;295(12):1389-1398.

13. Shaw DS, Connell A, Dishion TJ, Wilson MN, Gardner F. Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):417-439.

14. Caserta MT, O'Connor TG, Wyman PA, Wang H, Moynihan J, Cross W, Tu X, Jin X. The associations between psychosocial stress and the frequency of illness, and innate and adaptive immune function in children. *Brain, Behavior, and Immunity* 2008;22(6):933-940.

15. Neiderhiser JM, Reiss D, Pedersen NL, Lichtenstein P, Spotts EL, Hansson K, Cederblad M, Ellhammer O. Genetic and environmental influences on mothering of adolescents: a comparison of two samples. *Developmental Psychology* 2004;40(3):335-351.

16. Kochanska G, Philibert RA, Barry RA. Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. J J*ournal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(11):1331-1338.

17. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Child Development* 2000;71(2):376-390.

18. Costello EJ, Erkanli A, Copeland W, Angold A. Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. *JAMA* 2010;303(19):1954-1960.

19. Costello JE, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(12):1263-1271.

Depressão perinatal e a criança: uma perspectiva desenvolvimentista

Sherryl H. Goodman, PhD Matthew H. Rouse, MA, MSW

Emory University, EUA

Fevereiro 2010

Introdução

A depressão perinatal da mãe, definida como a depressão que ocorre durante a gestação ou no período pós-parto, é motivo de preocupação para todos aqueles que estão envolvidos com as famílias afetadas. Tal preocupação deriva da compreensão comum sobre o papel essencial que uma gestação saudável e cuidados responsivos e afetuosos da mãe desempenham no desenvolvimento fetal e do bebê, e de como a depressão pode interferir nesses processos. Novas pesquisas revelam os efeitos da depressão perinatal sobre o desenvolvimento psicológico de bebês e crianças pequenas cujas mães estão em depressão, e focalizam vulnerabilidades que facilitam o desenvolvimento futuro de psicopatologias e mecanismos similares. Embora ainda haja muitas questões a elucidar, é possível chegar a algumas conclusões acerca dos efeitos da depressão perinatal sobre o desenvolvimento da criança e suas implicações para pais, provedores de serviço e formuladores de políticas.

Do que se trata

A depressão é comum, principalmente em mulheres. Durante a gravidez, taxas de episódios depressivos importantes – de acordo com a definição contida na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (Manual de diagnóstico e estatísticas de distúrbios mentais) – variam de 10% a 17%,[1-3] com diferenças significativas entre as estimativas.[4] Além disso, os resultados de uma meta-análise estimam que 19,2% das mulheres apresentam depressão importante ou secundária após o parto, sendo que sintomas de depressão importante claramente definidos são registrados em 7,1% das primíparas.[4] As taxas de ocorrência de depressão pré-natal e depressão pós-parto são semelhantes, e não apresentam diferenças significativas em relação às taxas de ocorrência em mulheres que não estão grávidas e nem no período pós-parto. Por fim, tendo em vista que a depressão pré-natal é um dos preditores mais consistentes da depressão pós-parto,[5] muitas crianças são expostas à depressão durante o

desenvolvimento fetal e após o nascimento.

Problemas

Sob uma perspectiva desenvolvimentista, o período de exposição à depressão materna merece consideração importante, principalmente em relação aos riscos particulares para o desenvolvimento, à resiliência que as crianças podem vir a desenvolver e aos mecanismos por meio dos quais esses riscos podem ser transmitidos. É particularmente preocupante que os filhos de mães depressivas possam desenvolver muito cedo uma vulnerabilidade à depressão ou a outros problemas futuros. A depressão pré-natal pode não apenas alterar o desenvolvimento de sistemas biológicos do feto relacionados ao estresse, mas também aumentar o risco de complicações obstétricas.[6] A depressão pós-parto pode ser também um fator estressante no início da vida devido a associações já conhecidas com índices mais baixos de cuidados responsivos e sensíveis, necessários para que o bebê desenvolva relações saudáveis de apego, habilidades de regulação emocional, habilidades interpessoais e mecanismos de resposta ao estresse.[7] Fatores de estresse presentes no início da vida – tais como aqueles que podem estar associados à depressão materna – podem influenciar o desenvolvimento do cérebro, que ocorre em ritmo rápido por vários anos após o nascimento.[8] Problemas com qualquer um desses aspectos podem prejudicar os estágios iniciais do desenvolvimento socioemocional e cognitivo, predispondo o bebê ao desenvolvimento posterior de depressão e outros distúrbios.

Contexto de pesquisa

As pesquisas sobre o desenvolvimento de crianças expostas à depressão perinatal surgem a partir de um conjunto de trabalhos que consideram o contexto mais amplo no qual a depressão perinatal está inserida, inclusive comorbidades (por exemplo, ansiedade e/ou abuso de substâncias tóxicas), problemas correlatos (por exemplo, conflitos conjugais) e o contexto mais amplo (por exemplo, fatores estressantes de ordem econômica).

Questões-chave de pesquisa

Os pesquisadores centralizaram suas questões nos efeitos da depressão pré-natal ou da depressão pós-parto sobre o bebê e seu desenvolvimento posterior, sendo que poucos analisaram os efeitos combinados dos dois tipos de depressão. Entre as questões essenciais abordadas estão: (a) efeitos da exposição pré-natal, pós-parto ou dupla sobre o bebê e seu desenvolvimento posterior; (b) principais mecanismos ou mediadores que ajudam a explicar tais efeitos; (c)

moderadores dessas associações, como o fato de que algumas crianças estão em situação de maior risco do que outras. O modelo integrativo de Goodman e Gotlib vem sendo utilizado como uma estrutura organizacional para grande parte desse trabalho.[9]

Resultado de pesquisas recentes

Confirmando as teorias, foi constatado que a depressão pré-natal está associada com a regulação do comportamento neurológico de recém-nascidos, inclusive sua capacidade de prestar atenção a estímulos visuais e auditivos e seu estado geral de alerta, conforme avaliações feitas pela *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (Escala de Avaliação de Comportamento Neonatal).[10,11] Outros resultados adversos observados nos recém-nascidos avaliados são: níveis mais altos de nervosismo/choro e maior incidência de problemas relacionados ao sono[12] (que persistem dos 18 aos 30 meses de idade);[13] maior assimetria no traçado do eletroencefalograma (EEG) na região frontal;[14] níveis mais altos de cortisol e níveis mais baixos de dopamina,[15] e tom vagal mais baixo[15] – embora esta última associação não esteja mais presente após 24 semanas de vida.[16] Estudos sobre o temperamento do bebê constataram associações específicas entre depressão pré-natal no início da gestação e afetividade negativa.[17] Por fim, a depressão pré-natal está associada a maior incidência de problemas de externalização e internalização em meninos de 30 meses de idade,[19] e à maior incidência de problemas de externalização, mas não de internalização, em crianças de ambos os sexos dos 8 aos 9 anos de idade.[18] Embora muitas teorias elaboradas a partir de estudos com animais apoiem o papel do cortisol como mediador de associações entre depressão pré-natal e o desenvolvimento do bebê e da criança, essa relação tem sido inconsistente e basicamente indireta. Em primeiro lugar, não foram constatadas associações entre depressão e cortisol durante a gestação em um estudo de coorte, e pode ser que tais constatações somente sejam significativas na presença de medicação antidepressiva[21] ou de ansiedade como fator de comorbidade.[22] Em segundo lugar, estudos que analisaram as associações diretas entre os níveis de cortisol da mãe e os resultados observados em bebês ou crianças, ou ainda o papel do cortisol no período pré-natal em associações entre depressão pré-natal e desenvolvimento apresentaram resultados imprecisos, e basearam-se normalmente em amostras pequenas.[23] A depressão pós-parto foi associada a uma série de problemas de desenvolvimento apresentados por bebês e crianças pequenas. Os resultados incluem temperamento negativo do bebê,[24] apego inseguro,[25] dificuldades de desenvolvimento cognitivo e de linguagem,[26] autoestima mais baixa e outras vulnerabilidades cognitivas relacionadas à depressão em crianças com 5 anos de idade,[27] além de relacionamentos menos robustos com seus pares na primeira infância.[28]

Os mecanismos básicos envolvidos nas associações entre depressão pós-parto e desenvolvimento de crianças pequenas dizem respeito a práticas parentais problemáticas e altos níveis de estresse – dois elementos fortemente relacionados à depressão em mulheres [7,29]. A depressão interfere na qualidade dos cuidados parentais sabidamente associados ao desenvolvimento saudável dos bebês e crianças pequenas, uma vez que pode levar a práticas parentais estressantes para a criança – por exemplo, atitudes de indiferença/não envolvimento, hostilidade/crítica ou imprevisibilidade. Cada vez mais, as práticas parentais e o estresse ou adversidades vêm sendo considerados mediadores das associações entre depressão pós-parto e problemas de desenvolvimento infantil.[30]

Tendo em vista que para muitas mulheres a depressão pré-natal é seguida pela depressão pós-parto, muitas crianças ficam duplamente expostas. Os poucos estudos que objetivam avaliar a possível carga adicional da depressão pós-parto sobre bebês que já mostram vulnerabilidades associadas à depressão pré-natal constataram que esta última previu de modo específico os resultados já descritos, mesmo após levar em consideração a depressão pós-parto.[16,17]

Lacunas de pesquisa

Embora atualmente as pesquisas corroborem uma ampla gama de resultados associados à depressão perinatal, muitas questões permanecem sem resposta. São necessários estudos longitudinais para avaliar mecanismos específicos que possam explicar essas associações – tais como comportamento referente à saúde pré-natal (tabagismo, ingestão de álcool, uso de drogas, baixo ganho de peso); restrição no fluxo sanguíneo útero-placentário; perfil de comportamento neurológico fetal (por exemplo, ritmo cardíaco); e resultados obstétricos (por exemplo, baixo peso ao nascer). Do mesmo modo, são necessários novos estudos para determinar, entre as crianças cujos pais apresentaram depressão perinatal, quais têm maior ou menor probabilidade de desenvolver problemas, seja por características dos pais (como a gravidade da depressão ou condições de comorbidade), por características das crianças (como gênero), ou por fatores contextuais (como pobreza). É igualmente importante estudar, como possíveis moderadores, os polimorfismos genéticos envolvidos na depressão. De modo geral, são necessários novos estudos sob uma perspectiva desenvolvimentista, que incluam medidas da depressão perinatal em diversos momentos e que avaliem processos transacionais – por exemplo, de que forma os fatores ligados à criança podem contribuir para o desenvolvimento e a manutenção do estado depressivo na mãe.

Conclusões

A depressão perinatal está associada a problemas relacionados a muitos aspectos do funcionamento dos bebês e crianças pequenas, aumentando sua vulnerabilidade para o desenvolvimento posterior de depressão e outros distúrbios. Os problemas variam desde o funcionamento afetivo e interpessoal a análises de EEG e anomalias neuroendócrinas. Embora grande parte da literatura perinatal tenha focalizado a depressão pós-parto, estudos que também avaliam a depressão pré-natal sugerem que esta pode explicar parcialmente alguns efeitos anteriormente atribuídos à depressão pós-parto. A qualidade das práticas parentais e contextos estressantes constituem, no mínimo, mecanismos parciais que atuam na trajetória entre a depressão pós-parto e problemas de desenvolvimento da criança pequena. Ainda não é possível tirar conclusões sobre os mecanismos de associação entre depressão pré-natal e problemas apresentados por crianças pequenas. Processos transacionais ajudam a explicar a sequência de eventos negativos – tais como a mãe em depressão pré-natal que dá à luz um bebê nervoso que, por sua vez, representa um desafio para a mãe já vulnerável que, portanto, pode estar mais propensa à depressão pós-parto. Embora esse aspecto não tenha sido analisado neste artigo, a depressão – incluindo a depressão perinatal – é muitas vezes evitável e tratável.

Implicações para pais, serviços e políticas

Os resultados apresentados têm implicações para os pais, pois podem ajudá-los a compreender que a depressão perinatal deve ser reconhecida, considerada com seriedade e tratada. Mulheres com histórico de depressão podem beneficiar-se de intervenções preventivas ao engravidar ou ao planejar a gravidez, visando reduzir a probabilidade de uma depressão perinatal. Os membros da família podem ser úteis na identificação dos primeiros sinais de depressão perinatal, e podem ajudar a minimizar as barreiras que impedem os cuidados, inclusive barreiras práticas e relacionadas a crenças. Prestadores de serviços que trabalham com gestantes e mulheres no período pós-parto desempenham o papel importante de conseguir não só identificar a depressão perinatal, mas também – e igualmente importante – de viabilizar o tratamento imediato e eficaz. Há uma grande variedade de opções de tratamentos farmacológicos[31] e não farmacológicos.[32] Um relatório recente produzido pelo National Research Council (Conselho Nacional de Pesquisa) e pelo Institute of Medicine of the National Academies (Instituto de Medicina das Academias Nacionais) faz inúmeras recomendações aos formuladores de políticas.[33]

Referências

1. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(2):269-274.
2. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynaecology* 2000;21(2):93-97.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 2001;323(7307):257-260.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* 2005;106(5 Pt 1):1071-1083.
5. O'Hara M, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry* 2004;11(3):42-47.
6. Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: A hypothesis. *Archives of Women's Mental Health* 2006;9(4):187-196.
7. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):561-592.
8. Chugani HT, Phelps ME. Maturational changes in cerebral function in infants determined by 18FDG positron emission tomography. *Science* 1986;231(4740):840-843.
9. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
10. Brazelton TB. *Neonatal behavioral assessment scale*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co; 1984.
11. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior & Development* 2005;28(2):155-164.
12. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior & Development* 2007;30(1):127-133.
13. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P, ALSPAC Study Team. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development* 2007;83(7):451-458.
14. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Vera Y, Gil K, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Garcia A.. Prenatal predictors of maternal and newborn EEG. *Infant Behavior and Development* 2004;27(4):533-536.
15. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior & Development* 2004;27(2):216-229.
16. DiPietro JA, Novak MF, Costigan KA, Atella LD, Reusing SP. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development* 2006;77(3):573-587.
17. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007;46(6):737-746.
18. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1367-1374.
19. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):18-26.
20. Drewett R, Blair P, Emmett P, Emond A, ALSPAC Study Team. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry 2004;45(2):359-366.

21. Shea AK, Streiner DL, Fleming A, Kamath MV, Broad K, Steiner M. The effect of depression, anxiety and early life trauma on the cortisol awakening response during pregnancy: Preliminary results. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32(8-10):1013-1020.
22. Evans LM, Myers MM, Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Archives of Women's Mental Health* 2008;11(3):239-248.
23. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2004;67(1):63-80.
24. Beck CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research* 1996;45(4):225-230.
25. Martins C, Gaffan E. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41(6):737-746.
26. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2006;9(1):65-83.
27. Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A. Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):891-899.
28. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(5):479-489.
29. Hammen C. Context of stress in families of children with depressed parents. In: Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002:175-202.
30. Goodman SH, Brand SR. Maternal depression and infant mental health. In: Zeanah C, ed. *Handbook of Infant Mental Health*. 3rd Ed. New York, NY: Guilford; 2009.
31. Stowe Z. Psychiatric disorders in pregnancy: Foreword. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2009;52(3):423-424.
32. Dimidjian SP, Goodman SP. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 2009;52(3):498-515.
33. National Research Council (U.S.). Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children. *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington, DC : National Academies Press; 2009.

Depressão materna e ajustamento da criança na primeira infância

Susan B. Campbell, PhD

University of Pittsburgh, EUA

Fevereiro 2010

Introdução

Para promover o desenvolvimento pleno da criança pequena, é necessário que os pais sejam sensíveis e responsivos em seus cuidados. Durante os primeiros meses de vida, os pais atendem primariamente às necessidades básicas do bebê em relação à subsistência, proteção, conforto, interação social e estimulação. Mais tarde, quando a criança começa a andar e a falar, os pais devem também estabelecer limites adequados à idade em relação à exploração e, ao mesmo tempo, devem estimular o desenvolvimento cognitivo, social e de linguagem.[1] Os desafios das práticas parentais para crianças pequenas são enfrentados com sucesso quando a mãe recebe ajuda e apoio emocional adequados e quando ela própria é emocionalmente estável. No entanto, uma proporção relativamente grande de mulheres jovens em idade reprodutiva apresenta também sintomas depressivos suficientemente graves para comprometer sua capacidade de prover cuidados parentais satisfatórios.[2,3]

Do que se trata

A depressão, que se traduz por tristeza prolongada e sentimento de desesperança, está associada a práticas parentais menos engajadas, menos estimuladoras e menos proativas, e a uma variedade de problemas sociais e cognitivos nas crianças pequenas desde os primeiros meses de vida e ao longo dos anos pré-escolares.[4] Como as crianças pequenas são dependentes de suas mães para estimulação cognitiva e interação social, elas têm maior probabilidade de tornar-se vulneráveis aos impactos da depressão materna do que crianças em idade escolar ou adolescentes.

Problemas

Muitas mulheres podem apresentar melancolia pós-parto – *baby blues* – imediatamente após o nascimento do bebê, devido a mudanças hormonais ou físicas que acompanham a gestação, o

trabalho de parto, o nascimento e o período imediatamente após o nascimento.[3] No entanto, para algumas mães, a depressão persiste além do período pós-parto, ou surge ao mesmo tempo em que a mãe começa a conhecer seu bebê. Episódios depressivos mais graves e prolongados, que ocorrem durante os primeiros anos de vida do bebê, são particularmente preocupantes, pois interferem nas práticas parentais.[2,3,4]

A depressão materna pode estar associada a um histórico de episódios depressivos anteriores, pobreza, ser mãe solteira, dificuldades conjugais ou declínio no apoio social.[4,5,6] Complicações durante a gestação ou no momento do parto, problemas de saúde do bebê ou irritabilidade e cólicas do mesmo podem também desencadear sintomas de depressão em mulheres vulneráveis.[6] Frequentemente, as crianças pequenas carregam o fardo da depressão materna e, quando esta vem associada a estresse conjugal e baixos níveis de apoio social, os efeitos sobre as crianças pequenas podem ser exacerbados. Além disso, alguns bebês e algumas crianças pequenas podem ser mais vulneráveis aos efeitos da depressão materna do que outras, dependendo de suas características de temperamento, de suas condições de saúde e da disponibilidade de um cuidador alternativo.[4,5]

Contexto de pesquisa

Inúmeros estudos acompanharam mães de crianças pequenas clinicamente avaliadas como depressivas, assim como grandes amostras de grupos de mães que relatam sintomas depressivos graves. Esses estudos longitudinais utilizaram entrevistas e relatos das mães para acompanhar a evolução da depressão materna. Foram utilizadas medidas observacionais de práticas parentais e da interação mãe-criança para avaliar aspectos específicos de tais práticas e do relacionamento entre mãe e criança, assim como medidas de resultados que focalizaram o desenvolvimento socioemocional e cognitivo, a prontidão escolar e o ajustamento da criança de maneira geral.[4]

Questões-chave de pesquisa

As questões para novas pesquisas concentram-se na identificação de fatores que explicam a associação entre depressão materna e problemas de ajustamento da criança. Por exemplo, em que medida as dificuldades de ajustamento da criança são explicadas por fatores de risco biológico, comportamento parental da mãe, outros fatores familiares, ou uma combinação de todos esses fatores?[4,5]

Uma vez que nem todas as crianças cujas mães são depressivas apresentam problemas posteriores, as pesquisas devem examinar também fatores de risco e de proteção associados a diferentes padrões de desenvolvimento e de ajustamento da criança pequena.[4,5] Por exemplo, crianças cujas mães têm histórico familiar de depressão ou que apresentaram depressão antes ou durante a gravidez estão em risco particularmente alto de apresentar dificuldades de ajustamento? O momento em que a depressão surgiu faz diferença nos primeiros anos de vida da criança? Em famílias biparentais, um pai envolvido pode proteger a criança pequena dos possíveis efeitos negativos da depressão materna? Na ausência do apoio do pai, outro adulto pode prover esse apoio à mãe e ao bebê e, desse modo, reduzir os efeitos da depressão materna? Por que motivo algumas mães são capazes de mostrarem-se responsivas e sensíveis, apesar da depressão? Na presença de depressão materna, as características da depressão e do contexto familiar permitem a identificação de algumas crianças que correm maior risco de apresentar dificuldades de ajustamento do que outras.

As características da criança e da família podem também causar um efeito mútuo, facilitando ou dificultando o ajustamento. Por exemplo, alguns bebês irritáveis ou bebês com complicações de parto ou problemas de saúde neonatal podem ser mais vulneráveis ao impacto da depressão materna. E nesse caso, preocupações em relação a ter um bebê difícil ou doente podem afetar a disposição de ânimo da mãe, agravando tanto os sintomas maternos como as dificuldades do bebê, principalmente quando a mãe sente-se menos capaz de cuidar dele. Por outro lado, a mãe de um bebê fácil pode sentir-se melhor em relação a si própria e a seu sucesso como mãe e, quando dispõe de apoio social por parte do parceiro, pode oferecer cuidados sensíveis a seu bebê, apesar de seu estado depressivo. Essas questões sobre fatores de risco e de proteção têm implicações também para as intervenções iniciais para mulheres com depressão e suas crianças pequenas, e para programas de prevenção que podem ser criados para mulheres mais suscetíveis a apresentar depressão durante os primeiros anos de vida de seu filho.[4,5,6,7]

Resultados de pesquisas recentes

As pesquisas indicam que mães com depressão, principalmente no caso de depressão crônica, são menos sensíveis em relação a seus bebês e suas crianças pequenas, brincam e falam com eles menos frequentemente, e estabelecem práticas disciplinares e limites menos apoiadores e menos adequados à idade do que mães não deprimidas.[4,8,9] Crianças cujas mães apresentam sintomas depressivos crônicos são mais propensas a desenvolver apego não seguro com elas, a mostrar níveis mais baixos de desenvolvimento cognitivo e de linguagem, a mostrar-se menos

cooperativas e a ter maior dificuldade para controlar a raiva e agressividade.[8,9] Níveis mais baixos de sensibilidade e envolvimento das mães explicam algumas dessas constatações. No entanto, práticas parentais sensíveis podem ser protetoras quando as mães estão em depressão.[8,9] Quando a depressão ocorre simultaneamente a dificuldades financeiras e a eventos altamente estressantes, os efeitos sobre a criança podem ser mais graves e debilitadores.[8,10]

Lacunas de pesquisas

Já são bastante conhecidos os fatores de risco associados à depressão materna e às dificuldades de ajustamento da criança. São necessárias mais pesquisas para enfatizar abordagens psicossociais à prevenção da depressão em mulheres em situação de alto risco e às necessidades de tratamento para mães em depressão e suas famílias.[4,7,11] A maioria dos estudos sobre tratamento focalizou basicamente a depressão da mãe, baseando-se em medicamentos ou em psicoterapia individual,[12] e não em suas necessidades mais amplas, incluindo seu relacionamento com o bebê e o papel do pai – ou de outro adulto responsável – no provimento de apoio emocional e de ajuda prática para os cuidados infantis. Portanto, são necessários estudos naturalistas e de intervenção para fornecer diretrizes mais claras em relação aos fatores que protegem as mães contra a depressão e protegem a criança pequena contra os efeitos da depressão materna.

As abordagens de intervenção – como visitas domiciliares por enfermeiros, que foram utilizadas com sucesso em outros contextos de alto risco[13] – podem constituir uma intervenção eficaz para mulheres no período pós-parto. Mulheres com histórico anterior de depressão ou que estão enfrentando situações de estresse que podem ser atribuídos a fatores psicossociais ou relacionados à saúde podem ser indicadas com prioridade para visitas domiciliares. Intervenções que focalizam tanto a depressão da mãe quanto o relacionamento entre a mãe e a criança[7] também podem ser importantes nos primeiros meses de vida do bebê e principalmente quando a criança dá seus primeiros passos, uma vez que nessa etapa torna-se mais desafiadora, à medida que desenvolve sua autonomia e sua identidade.

Conclusões

A depressão é bastante comum entre as gestantes e, quando é grave e prolongada, pode ter consequências sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, assim como sobre o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança pequena. Normalmente, a depressão materna mais grave e crônica está associada a diversos outros fatores de risco, entre os quais:

histórico familiar e pessoal de depressão; estresse relacionado à situação conjugal, financeira ou de outra origem; e problemas associados ao parto, à saúde do bebê ou ao seu desenvolvimento. No entanto, quando mães em depressão recebem apoio social adequado e conseguem dar atenção a seus bebês, estes podem ser protegidos contra os efeitos negativos da depressão materna.

Implicações para pais, serviços e políticas

Os formuladores de políticas e provedores de serviços que atuam na linha de frente, principalmente pediatras, enfermeiros e obstetras, devem estar cientes do impacto de depressões pós-parto e de outras formas de depressão em mães com crianças pequenas. Programas que ajudam mães e pais "de primeira viagem" a preparar-se para os cuidados parentais, principalmente com o primeiro filho, e que lhes fornecem apoio e estímulo, podem evitar o início da depressão ou reduzir seus sintomas. O envolvimento do pai certamente aumentou nos últimos 15 anos, mas, em algumas comunidades, ainda são necessários programas que estimulem o apoio paterno no envolvimento com os cuidados infantis e as práticas parentais. É necessário também tornar os programas de tratamento mais amplamente acessíveis – inclusive visitas domiciliares realizadas por enfermeiros e intervenções que visam não apenas à depressão materna, mas também à criança e à família. Ao mesmo tempo, as mães que vivenciam uma breve reação pós-parto, devem ser tranquilizadas e apoiadas, uma vez que, em sua maioria, os sintomas são temporários. Assim sendo, provedores de cuidados de saúde devem estar cientes da evolução dos sintomas iniciais de depressão materna e sugerir intervenções adequadas, sempre que necessário.

Referências

1. Campbell SB. *Behavior problems inpreschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
2. Kessler RC. The epidemiology of depression among women. In: Keyes CL, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences*. New York: Cambridge University Press; 2006:22-37.
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
4. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
5. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3:458-490.
6. Howell EA, Mora PA, DiBonaventura MD, Leventhal H. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12(2):113-120

7. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(5):514-536.

8. NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months. *Developmental Psychology* 1999;35(5):1297-1310.

9. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology* 2004;16(2):231-252.

10. Dawson G, Ashman SB, Panagiotides H, Hessl D, Self J, Yamada E, Embry L. Preschool outcomes of children of depressed mothers: Role of maternal behavior, contextual risk, and children's brain activity. *Child Development* 2003;74(4):1158-1175.

11. Goodman JH. Influence of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(6):624-643.

12. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical Practice: Postpartum depression. *New England Journal of Medicine* 2002;347(3):194-199.

13. Olds D, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.

Depressão materna e sua relação com o desenvolvimento e o ajustamento da criança

E. Mark Cummings, PhD Chrystyna D. Kouros, PhD

University of Notre Dame, EUA Vanderbilt University, EUA

Outubro 2009

Introdução

A depressão é um dos distúrbios de saúde mental mais comuns, principalmente durante os anos férteis da mulher.[1,2] A depressão materna está relacionada à qualidade do desenvolvimento da criança desde o nascimento e ao longo dos períodos subsequentes. Assim sendo, a depressão materna é um fator de risco significativo e relativamente comum durante a primeira infância. A compreensão das trajetórias e dos processos de desenvolvimento subjacentes às relações entre depressão materna e desenvolvimento da criança constitui um importante objetivo para pesquisas.

Do que se trata

Já foi demonstrado que a depressão materna contribui para diversos problemas de desenvolvimento na primeira infância, prejudicando inclusive o funcionamento cognitivo, social e acadêmico.[3,6] Crianças cujas mães sofrem de depressão são duas a três vezes mais propensas a desenvolver problemas de ajustamento, inclusive transtornos de humor.[3] Mesmo nos primeiros meses de vida, bebês de mães depressivas são mais nervosos, menos responsivos a expressões faciais e orais, mais lentos e apresentam níveis mais altos de hormônio do estresse em comparação com bebês de mães não depressivas.[7,8] Consequentemente, o estudo do desenvolvimento infantil no contexto da depressão materna constitui uma grande preocupação social e, nas últimas décadas, vem sendo um tema importante de pesquisa para especialistas do desenvolvimento na primeira infância.

Problemas

Embora as relações entre depressão materna e problemas de ajustamento da criança sejam fartamente documentadas, ainda há muitas questões sobre os mecanismos subjacentes a essas associações. Tais questões situam-se no centro de qualquer implicação clínica possível das

pesquisas nessa área, inclusive prevenção e tratamento. Por exemplo, de que forma e por qual motivo a depressão materna está relacionada ao desenvolvimento e ao ajustamento da criança? Por que algumas crianças de mães depressivas desenvolvem sintomas de psicopatologia ou de funcionamento inadequado, ao passo que outras não desenvolvem tais sintomas?

Há muitos desafios envolvidos na identificação e na testagem dos processos causais – tais como garantir modelos suficientemente sofisticados e assim como desenhos de pesquisa para orientar o estudo de processos múltiplos e frequentemente inter-relacionados. O desafio de propiciar conceituação, medições e avaliações adequadas inclui também possíveis armadilhas e limitações, além da necessidade de pesquisas longitudinais para testar ao máximo as hipóteses causais.

Os analistas têm abordado tais desafios por meio da proposição de modelos de riscos multivariados. Por exemplo, Goodman e Gotlib propuseram diversas classes de mecanismos inter-relacionados, entre os quais: (a) possibilidade de hereditariedade; (b) exposição a fatores contextuais de estresse, inclusive maior nível de disfuncionalidade familiar; (c) exposição a aspectos cognitivos, comportamentais ou afetivos negativos da mãe; e (d) disfunção dos mecanismos neurorreguladores.[9] Para ilustrar uma dessas trajetórias, gestantes em depressão podem apresentar anomalias neuroendócrinas – por exemplo, maior nível de hormônio do estresse, redução do fluxo sanguíneo para o feto –, que podem levar à disfunção de mecanismos neurorreguladores nos bebês, aumentando sua vulnerabilidade à depressão ou a outros transtornos.

Contexto de pesquisa

No contexto de estudos sobre o desenvolvimento na primeira infância, surgiu como área primordial de investigação a análise do funcionamento problemático da família como fator que interfere no desenvolvimento nesta etapa. Os modelos de riscos multivariados encontram apoio mesmo quando o estudo limita-se aos processos familiares como fator de influência.[9,12] Por exemplo, Cummings e Davies[13] apresentaram uma estrutura que mostra como as diversas perturbações no funcionamento da criança, e da família e os contextos relacionados a tais perturbações são pertinentes à associação entre depressão materna e ajustamento da criança pequena, estando aí incluídos práticas parentais problemáticas, conflitos conjugais, exposição da criança à depressão parental, e as conseqüentes dificuldades nos processos familiares.[10,11] Um foco específico desse modelo de processo familiar é identificar e distinguir processos específicos de respostas que se manifestam na criança – por exemplo, insegurança emocional, respostas

emocionais, cognitivas, comportamentais ou fisiológicas específicas – que, ao longo do tempo, resultam no desenvolvimento normal ou em psicopatologia.[10]

Questões-chave de pesquisa

A esta altura, muitas questões-chave de pesquisa devem ser abordadas pelo estudo das relações longitudinais entre depressão materna, entre as hipóteses sobre os processos de reações da família e da criança, e os vários eventos do desenvolvimento infantil. Os testes podem investigar modelos de processos explicativos ou estudos de trajetórias de desenvolvimento. Os objetivos incluem identificar processos familiares e infantis subjacentes que vinculam depressão materna e desenvolvimento infantil, de que forma esses processos atuam em conjunto e mudam ao longo do tempo, diferenças de gênero da criança em relação aos efeitos, e o papel das características da criança.

Resultados de pesquisas recentes

Há muito tempo as práticas parentais representam o maior foco das pesquisas sobre os processos familiares que podem contribuir para os resultados da criança. Os estudos mostraram repetidamente que a depressão materna está associada a práticas parentais insatisfatórias e apego menos seguro entre mãe e criança.[5,15,16] Mães deprimidas tendem a ser instáveis, negligentes, introvertidas ou invasivas, e ineficazes em suas práticas parentais e ao disciplinar seus filhos. Por outro lado, práticas parentais inadequadas e relacionamentos de baixa qualidade entre os pais e a criança estão relacionados ao maior risco de desajustamento entre as crianças.

Embora desde há muito tempo os conflitos conjugais sejam vinculados aos efeitos da depressão materna, o estudo desse tema continua relativamente negligenciado. Ao mesmo tempo, evidências recentes continuam a apoiar a tese de que conflitos entre os pais têm forte influência no desenvolvimento da criança, mesmo quando a comparação é realizada em amostras da população normal, não clínica.[14]

Pesquisas extensivas documentam a associação entre conflitos conjugais e desajustamento da criança na presença de depressão materna. Em contextos de depressão materna, os conflitos conjugais são caracterizados por comportamento verbal menos positivo, afetividade marcada por tristeza, maior utilização de táticas de conflito destrutivas, e menor probabilidade de resolução de conflitos.[17,18] O conflito entre os pais é um forte preditor do funcionamento da criança em diversas áreas, entre as quais o funcionamento socioemocional e cognitivo e o desempenho

acadêmico.[19]

Os estudos vêm analisando explicitamente os processos familiares – inclusive conflitos entre os pais – como mediadores ou moderadores entre a depressão materna e os resultados de desenvolvimento da criança. As constatações revelam uma relação entre depressão materna e agravamento de conflitos e de insegurança no relacionamento, maior número de conflitos no nível familiar e no funcionamento familiar geral. Por outro lado, distúrbios nesses processos familiares estão relacionados a níveis mais altos de angústia e problemas de ajustamento na criança.[20-24] Também vem sendo analisado o papel das características da criança na associação entre depressão materna e desenvolvimento infantil, incluindo o temperamento e as respostas fisiológicas da criança ao estresse.[5,25]

Lacunas de pesquisa

Existem ainda muitas lacunas a preencher. Em primeiro lugar, devem ser realizados novos estudos sobre o papel dos conflitos conjugais nos efeitos associados com a depressão materna, principalmente estabelecendo distinção entre as formas de conflito. Por exemplo, efeitos bastante diferentes sobre o desenvolvimento da criança foram associados a conflitos construtivos, destrutivos e depressivos entre os pais.[26] Em segundo lugar, são necessárias pesquisas longitudinais em diferentes períodos do desenvolvimento para compreender as consequências de curto e longo prazos da depressão materna para o funcionamento familiar e o desenvolvimento da criança. Em terceiro lugar, é importante que os estudos façam distinção entre os níveis clínicos e subclínicos da depressão materna.[10] Do mesmo modo, é preciso aprofundar as análises sobre o impacto das características da depressão materna: a depressão é um distúrbio heterogêneo, e a sincronização, a cronicidade e o número de episódios de depressão materna podem influenciar as relações entre esse distúrbio e o ajustamento da criança. Em quarto lugar, embora as pesquisas tenham focalizado a depressão materna, os efeitos da depressão paterna merecem outras considerações, inclusive a análise dos relacionamentos quando pai e mãe estão em depressão.[5] Em quinto lugar, novos estudos das características da criança – tais como temperamento, sexo, genética e regulação fisiológica – merecem consideração. Por fim, as pesquisas devem ser mais específicas em relação à qualidade do desenvolvimento da criança. Por exemplo, por que algumas crianças desenvolvem competências sociais precárias no contexto de depressão materna, ao passo que outras desenvolvem sintomas de depressão?

Conclusões

A depressão materna está relacionada a uma ampla variedade de eventos no desenvolvimento da criança, e os efeitos são contínuos, do nascimento até a idade adulta. Crianças cujas mães têm depressão são de duas a três vezes mais propensas a desenvolver distúrbios de temperamento, e estão sob maior risco de prejuízo no funcionamento em diversas áreas – entre as quais o cognitivo, social e acadêmico –, além de saúde física debilitada. Ao mesmo tempo, muitas crianças cujas mães sofrem de depressão desenvolvem-se normalmente. Portanto, o objetivo principal das pesquisas é compreender os caminhos e processos que levam a depressão materna a afetar a criança. A desorganização de processos familiares – inclusive problemas de práticas parentais e conflitos entre os pais – é considerada um possível caminho que faz com que a depressão materna afete a criança. Em termos de tratamento e intervenções, são promissoras as evidências de que os processos familiares podem ser responsáveis por associações entre depressão materna e desenvolvimento infantil, uma vez que tais processos podem ser mais facilmente direcionados e alterados do que outros processos mediadores – como, por exemplo, a hereditariedade.

Implicações para pais, serviços e políticas

Os formuladores de políticas e médicos devem trabalhar em conjunto para facilitar o acesso aos serviços, como exames para gestantes e mães.[6] Os programas que visam à redução de desorganizações no funcionamento familiar são um caminho para diminuir o risco de psicopatologias para a criança. Pais, médicos e formuladores de políticas devem ser sensíveis ao fato de que é necessário implementar programas abrangentes não só para tratar a depressão das mães, mas também para oferecer serviços para toda a família. Por exemplo, mães em depressão poderiam participar de programas de educação para pais, visando à aquisição de habilidades eficazes e de melhores práticas para criar e disciplinar seus filhos. Famílias que têm um dos genitores em depressão podem participar de grupos educacionais para aprender formas construtivas de lidar com conflitos, ou seja, aprenderem métodos que favorecem a resolução de problemas e conflitos. À medida que são realizadas pesquisas sobre os fatores de moderação, os esforços de prevenção e tratamento podem ser dirigidos às pessoas em situação de maior risco. Tais esforços abrangentes, que atuam em conjunto com mães, crianças e famílias, certamente causarão um impacto importante e duradouro sobre o desenvolvimento da criança.

Referências

1. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders* 2003;74(1):5-13.
2. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women.* New York, NY: Free Press; 1978.
3. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37(11):1134-1141.
4. Downey G., Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990;108(1):50-76.
5. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
6. Goodman SH, Tully EC. Depression in women who are mothers: An integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. In: Keyes CLM, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. New York, NY: Cambridge University Press; 2006: 241-282.
7. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development* 1983;54(1):185-193.
8. Field TM. Prenatal effects of maternal depression. In: Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002: 59-88.
9. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
10. Cummings EM, DeArth-Pendley G, Du Rocher Schudlich TD, Smith DA. Parental depression and family functioning: Toward a process-oriented model of children's adjustment. In: Beach SR, ed. *Marital and family processes in Depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001: 89-110.
11. Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin* 1982;92(2):310-330.
12. Hops H, Sherman L, Biglan A. Maternal depression, marital discord, and children's behavior: A developmental perspective. In: Patterson GR, ed. *Depression and aggression in family interaction*. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1990: 185-208.
13. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(1):73-112.
14. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(5): 479-489.
15. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):561-592.
16. McCary CA, McMahon RJ, Conduct Problems Prevention Research Group. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology* 2003;17(4):545-556.
17. Du Rocher Schudlich TD, Papp LM, Cummings EM. Relations of husbands' and wives' dysphoria to marital conflict resolution strategies. *Journal of Family Psychology* 2004;18(1):171-183.
18. Gotlib IH, Whiffen VE. Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology* 1989;98(1):23-30.
19. Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(1):31-63.
20. Cummings EM, Schermerhorn AC, Keller PS, Davies PT. Parental depressive symptoms, children's representations of family relationships, and child adjustment. *Social Development* 2008;17(2):278-305.

21. Davies PT, Windle M. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology* 1997;33(4):657-668.

22. Du Rocher Schudlich TD, Cummings EM. Parental dysphoria and children's internalizing symptoms: Marital conflict styles as mediators of risk. *Child Development* 2003;74(6):1663-1681.

23. Du Rocher Schudlich TD, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. The role of family functioning in bipolar disorder in families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36(6):849-863.

24. Shelton KH, Harold GT. Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology* 2008;22(5):712-724.

25. Cummings EM, El-Sheikh M, Kouros CD, Keller PS. Children's skin conductance reactivity as a mechanism of risk in the context of parental depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(5):436-445.

26. Cummings EM, Davies, PT. *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York, NY: Guilford Press; 2010.

Depressão materna

Sheree L. Toth PhD, Jack Peltz MA

Mt. Hope Family Center, University of Rochester, EUA

Novembro 2009

Introdução

A depressão materna é um peso significativo tanto para a mãe como para as pessoas à sua volta.[1,2,3,4] Quando a mãe sofre de depressão, seus relacionamentos importantes provavelmente também são afetados. Pesquisas documentaram os efeitos perniciosos da depressão materna sobre o relacionamento conjugal,[5] sobre as práticas parentais,[6,7,8,9,10,11,12] e sobre o relacionamento entre mãe e filho.[1,13,14,15,15] Além disso, esses efeitos não se limitam simplesmente ao período de depressão da mãe. No longo prazo, os efeitos da depressão refletem-se em resultados insatisfatórios no desenvolvimento da criança,[17] em divórcio,[18] e até mesmo na perpetuação desse ciclo em gerações futuras.[19] Como a depressão é particularmente prevalente durante os anos férteis da mulher, e por ser um distúrbio altamente recorrente, é importante compreender e tratar adequadamente a depressão materna em termos de saúde pública.

Do que se trata

Ao longo da vida, cerca de 10% a 25% das mulheres sofrerão de depressão.[20] As mães que sofrem desse mal correm maior risco de desenvolver apego inseguro com seus filhos,[21,22,23] utilizam com frequência práticas parentais problemáticas [14,24] e seus filhos correm alto risco de desenvolver problemas comportamentais de internalização e externalização.[25,26,27,28] Apesar desses riscos, é importante observar que a depressão materna não conduz necessariamente a resultados adversos para os filhos, e muitas crianças apresentaram desenvolvimento positivo evidente, inclusive apego seguro às suas mães deprimidas.[29,30]

Problemas

As pesquisas sobre depressão materna e seus efeitos sobre a família ainda enfrentam inúmeros desafios.

- As questões relacionadas à depressão materna e à adaptação das crianças não foram consistentemente analisadas pelas pesquisas. Fatores como gravidade, duração e recorrência dos episódios de depressão, assim como o momento do desenvolvimento da criança no qual ocorre a exposição à depressão materna podem causar impactos muito diferentes no desenvolvimento da criança.

- Historicamente, as pesquisas se concentraram nos modelos de efeitos principais que buscavam apenas determinar se as crianças eram afetadas de modo adverso e em quais áreas do desenvolvimento isto ocorria. São menos comuns as análises dos processos e dos mecanismos que contribuem para os resultados.

- Os eventos adversos associados à depressão materna não são exclusivos desse transtorno, e é preciso questionar se o que contribui para o desenvolvimento negativo da criança é a própria depressão ou se são certos aspectos específicos das práticas parentais.

- As influências bidirecionais que podem manter ou exacerbar a depressão materna vêm recebendo muito menos atenção. Por exemplo, a depressão da mãe pode ser mais difícil de tratar quando a criança apresenta distúrbios emocionais ou alguma outra doença.[31]

- Em relação às intervenções, normalmente o tratamento visa à doença depressiva, sem considerar a importância de atender às necessidades da criança e do contexto familiar mais amplo.

- Apesar das exceções,[32,33] são muito mais limitados os esforços que vêm sendo direcionados à prevenção dos efeitos adversos da depressão materna sobre a criança.

Contexto de pesquisa

Devido à ampla diversidade de efeitos da depressão materna, as pesquisas sobre o fenômeno devem abordar muitas áreas. Além de estudos sobre os efeitos diretos da depressão materna sobre práticas parentais, relacionamento conjugal e desenvolvimento da criança, há muitos estudos orientados para os processos que devem ser analisados: por exemplo, de que forma a depressão materna pode afetar as interações mãe-criança ou o desenvolvimento de apego seguro entre mãe e bebê.[34,35] Estudos recentes sobre a depressão materna abordaram também a

interação de genótipos da criança e influências do contexto para determinar possíveis mecanismos por meio dos quais são afetadas as famílias cujas mães sofrem de depressão.[37] Além disso, estudos de intervenções foram utilizados para identificar tratamentos eficazes para a depressão materna e suas sequelas.[37] Esses estudos foram fundamentais para a compreensão dos mecanismos por meio dos quais a depressão materna afeta outros membros da família. É importante observar que os estudos sobre depressão materna começaram a incorporar os pais, para compreender melhor os processos dinâmicos que ocorrem simultaneamente à depressão da mãe.[38]

Questões-chave de pesquisa

Tendo em vista a diversidade de mecanismos e fatores moderadores que contribuem para os diferentes desempenhos de crianças que foram expostas à depressão materna, é cada vez mais importante que as pesquisas incorporem uma perspectiva de diversos níveis de análises, para compreender os efeitos da depressão materna sobre as crianças.[39] Essa abordagem requer atenção aos fatores psicológicos, neurobiológicos, genéticos e contextuais.Tendo em vista o alto grau de comorbidade entre depressão e outros distúrbios mentais, é preciso concentrar maiores esforços na compreensão das formas como as comorbidades afetam filhos de mães deprimidas. Além disso, é preciso desenvolver modelos de intervenção e de avaliação de sua eficácia envolvendo populações distintas em termos econômicos, raciais e étnicos. Também são necessárias pesquisas que analisem as transações complexas que ocorrem nos sistemas ecológicos – individuais, familiares, escolares e de vizinhança – e que contribuem para resultados favoráveis ou não favoráveis à adaptação de filhos de mães deprimidas.

Resultados de pesquisas recentes

Cada vez mais, as pesquisas sobre depressão materna vêm considerando a influência do pai sobre os efeitos desse transtorno. Tendo em vista a rara presença do pai nas pesquisas clínicas,[40] essa inclusão fornece um quadro mais completo dos efeitos da depressão materna sobre o sistema familiar. Pesquisas meta-analíticas sobre psicopatologias da mãe, em comparação com o pai, sugerem que a depressão materna está mais estreitamente relacionada do que a depressão paterna a problemas de internalização da criança, mas não de externalização.[41] Além disso, na presença de psicopatologia paterna, a depressão materna está significativamente associada a problemas comportamentais de externalização e internalização em crianças pequenas.[42] Por outro lado, o envolvimento do pai nos primeiros meses de vida do bebê mostrou ser um elemento

moderador na relação entre depressão materna e comportamento de internalização da criança.[38]

Pesquisas recentes analisaram os mecanismos por meio dos quais a depressão materna afeta a família. Com relação ao apego fundamental entre bebê e cuidador, os dados sugerem que o apego seguro é um elemento mediador da relação entre sintomas depressivos e representações parentais negativas.[35] Além disso, foi constatado que a depressão materna constitui um elemento de moderação na relação entre apego inseguro e o impacto de programas de visitas domiciliares para mães e bebês em situação de risco.[34]

Estudos recentes demonstraram também os efeitos que a depressão materna pode ter no comportamento da criança. Foi constatado que a melhora da depressão materna após a intervenção resulta em melhorias nos problemas comportamentais de externalização e internalização da criança, após levar em conta os possíveis efeitos mediadores das práticas parentais positivas.[43] Pesquisas mais recentes demonstraram também os efeitos transacionais da depressão materna, tais como inadequações na primeira infância, que surgiram como preditores consistentes de depressão materna, o que foi associado a comportamento anti-social na adolescência.[44] Além disso, foi demonstrado que a depressão materna afeta a fisiologia da criança.[45]

Lacunas de pesquisas

Apesar dos progressos realizados nos últimos anos quanto à compreensão de mecanismos e processos por meio dos quais a depressão materna afeta a criança, ainda há lacunas na literatura. Em particular, são necessárias pesquisas baseadas em conceitos teóricos e com fundamentação desenvolvimentista, que levem em consideração a complexidade associada à compreensão de tais processos. Especificamente, abordagens baseadas em diversos níveis de análise resultarão em um quadro mais completo do desenvolvimento infantil no contexto da depressão materna.[39] A utilização de métodos de genética molecular, técnicas de neuroimagens e paradigmas de reatividade ao estresse, associados a variáveis psicológicas, aumentarão os conhecimentos sobre os altos níveis de risco e resiliência apresentados por filhos de mães com depressão. A incorporação dessas abordagens ao projeto e à avaliação de intervenções preventivas é particularmente importante, uma vez que tais métodos podem não apenas aumentar a compreensão dos mecanismos que resultam em intervenções eficazes, mas também esclarecer modelos teóricos associados a desenlaces saudáveis ou patológicos.[46,47]

Conclusões

Em resumo, a depressão materna é um peso significativo, não só para o indivíduo afetado, mas também para o sistema familiar e, em termos mais gerais, para toda a sociedade. As pesquisas atuais sobre depressão materna vêm ampliando seu escopo – dos principais efeitos do distúrbio para a forma com que este interage e afeta o sistema familiar mais amplo. Estudos sobre intervenções demonstram que a depressão materna pode ser tratada de modo eficaz, e que os efeitos deletérios dessa condição nos relacionamentos significativos na família e no desenvolvimento da criança podem ser mitigados e revertidos. Atualmente, métodos mais sofisticados de pesquisa estão sendo utilizados para analisar de que forma a vulnerabilidade da mãe à depressão interage com o contexto mais amplo, de que forma o distúrbio pode afetar a neurofisiologia da mãe e da criança, e de que forma a família – principalmente a criança – pode demonstrar resiliência diante da depressão materna. Tendo em vista o estigma que pode estar associado à mãe como conseqüência de sua depressão, e a alta probabilidade de mães serem afetadas por tal transtorno, é essencial que sejam realizados novos trabalhos voltados ao sentimento da mãe em relação a tal estigma, assim como seu acesso a tratamento.

Implicações para pais, serviços e políticas

Todas as pesquisas destacam os efeitos potencialmente perniciosos que a depressão materna pode gerar, não só para a mãe afetada, mas também para a criança, a família e o contexto social mais amplo. Portanto, é essencial abordar o estigma que impede que a mulher seja diagnosticada pelos serviços de saúde e que receba atendimento quando um transtorno depressivo é detectado.[48] Com frequência, a depressão é identificada em instituições de cuidados básicos de saúde e, assim sendo, é fundamental que os profissionais reconheçam e tratem o problema em toda sua magnitude. Muitas vezes, quando é fornecido, o tratamento não leva em consideração o contexto mais amplo no qual se situa a mulher, e raramente alcança outros membros da família. Pesquisas mostraram que apenas o tratamento da depressão materna não é suficiente para prevenir seus efeitos adversos sobre a criança,[49] o que é particularmente preocupante, uma vez que já dispomos de estratégias eficazes de prevenção.[25,33] Tendo em vista pesquisas extensivas que destacaram o papel das práticas parentais em relação ao desenvolvimento da criança, avaliações das habilidades parentais e do provimento de intervenções direcionadas ao nível de desenvolvimento da criança podem ser particularmente eficazes para reduzir os efeitos negativos associados à depressão materna. Por fim, formuladores de políticas e empresas de seguros devem reconhecer o benefício de prover estratégias de prevenção para filhos de mães

depressivas, ao invés de esperar até que a criança apresente um distúrbio mental diagnosticável.

Referências

1. Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* . Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
2. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990;108(1):50-76.
3. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology* 1998;10(2):283-300.
4. Cummings ME, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(1):71-112.
5. Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction . In: Beach SRH, ed. *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice.* Washington, DC: American Psychological Association; 2001:3-24.
6. Burbach DJ, Borduin CM. Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review* 1986;6(2):133-153.
7. Davenport Y, Zahn-Waxler C, Adland ML, Mayfield A. Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent . *American Journal of Psychiatry* 1984:141(2):230-235.
8. Gotlib IH, Gilboa E, Sommerfeld BK. Cognitive functioning in depression: Nature and origins. In: Davidson RJ, ed. *Anxiety, depression, and emotion.* New York, NY: Oxford University Press; 2000:133-163.
9. Gotlib IH., Neubauer DL. Information processing approaches to the study of cognitive biases in depression. In: Johnson SL, Hayes AM, Field TM, Schneiderman N, McCabe PM, eds. *Stress, coping, & depression.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2000:117-143.
10. Webster-Stratton C, Hammond M. Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1988;16(3):299-315.
11. Coleman PK, Karraker KH. Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations* 2000;49(1):13-24.
12. Fleming A, Ruble D, Flett G, Schaul D. Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology* 1988;24(1):71-81.
13. Cicchetti D, Toth, SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1995;35(5):541-565.
14. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology and disorders of affect. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology* . New York, NY: Wiley;1995;2:369-420. *Risk, disorder, and adaptation . vol 2.*
15. Cicchetti D, Toth, SL. Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. In: Damon W, ed. *Handbook of child psychology* . 5th ed. New York, NY: J. Wiley; 1998: 479-583. Siegel IE, Renninger AK, eds. Child psychology in practice. Vol 4.
16. Field TM. Infants of depressed mothers. *Development and psychopathology* 1992;4:49-66.
17. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
18. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(8):1092-1096.

19. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired mother-child relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1975;14(3):387-421.

20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4th ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

21. Cicchetti D, Toth SL, Lynch M. Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in clinical child psychology* 1995;17:1-75.

22. Lyons–Ruth K, Zoll D, Connell D, Grunebaum HU. The depressed mother and her one-year-old infant: Environmental context, mother–infant interaction and attachment, and infant development. *New Directions for Child and Adolescent Development* 1986(34):61-82.

23. Radke-Yarrow M, Cummings EM, Kuczynski L, Chapman M. Patterns of attachment in two- and-three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development* 1985:56(4):884–893.

24. Field TM. Psychologically depressed parents. In: Bornstein M, ed. *Handbook of parenting*.Mahwah, NJ: Erlbaum; 1995:85-99. *Social conditions and applied parenting;* vol. 4.

25. Beardslee WR, Bemporad J, Keller MD, Klerman GL. Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry* 1983;140(7):825-832.

26. Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology* 2004;16(3):689-709.

27. Weissman M, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents 10 years later. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(10):932-940.

28. Zahn–Waxler C, Iannotti RJ, Cummings EM, Denham S. Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Developmentand Psychopathology*. 1990;2:271–291.

29. Cohn JF, Campbell S. Influence of maternal depression on infant affect regulation. In: Cicchetti D, Toth SL, eds. *Developmental perspectives on depression*. Rochester, NY: University of Rochester Press; 1992:103-130. *Rochester symposium on developmental psychopathology* ; 1056-6511; v 4.

30. DeMulder E, Radke-Yarrow M. Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology* 1991;3(3):227-242.

31. Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, Cyranowski JL, Houck PR, Cheng Y, Fleming D, Grote NK, Brent DA, Shear MK. Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers who children are receiving psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry* . 2008;165(9):1155-1162.

32. Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TR, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology* 2007;21(4):703-713.

33. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Toddler–parent psychotherapy for depressed mothers and their offspring: Implications for attachment theory. In: Atkinson L, Goldberg S, eds. *Attachment issues in psychopathology and intervention* . Mahwah, NJ: Erlbaum; 2004: 229-275.

34. Duggan, AK, Berlin, LJ, Cassidy, J, Burrell, L, Tandon, SD. Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(4):788-799.

35. Toth SL, Rogosch FA, Sturge-Apple M, Cicchetti D. Maternal depression, children's attachment security, and representational development: An organizational perspective. *Child Development* . 2009;80(1):192-208.

36. Araya R, Hu XZ, Heron J, Lewis G, Nutt D, Goldman D. Effects of stressful life events, maternal depression and 5-HTTLPR genotype on emotional symptoms in pre-adolescent children. *American Journal of Medical Genetics Part B-Neuropsychiatric Genetics* . 2009;150B(5):670-682.

37. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1999;1(1):34-66.

38. Mezulis AH, Hyde JS, Clark R. Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology* 2004;18(4):575-588.

39. Cicchetti D, Dawson G. Editorial: Multiple levels of analysis. *Development and Psychopathology* 2002;*14(3):*417-420.

40. Phares V, Fields S, Kamboukos D, Lopez E. Still looking for poppa. *American Psychologist* 2005;60(7):735-736.

41. Connell A, Goodman S. The association between child internalizing and externalizing behavior problems and psychopathology in mothers versus fathers: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2002;128(5):746-773.

42. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(10):1515-1520.

43. Shaw DS, Connell A, Dishion TJ, Wilson MN, Gardner F. Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):417-439.

44. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development and Psychopathology.* 2009;21(1):139-156.

45. Gump BB, Reihman J, Stewart P, Lonky E, Darvill T, Granger DA, Matthews KA. Trajectories of maternal depressive symptoms over her child's life span: Relation to adrenocortical, cardiovascular, and emotional functioning in children. *Development and Psychopathology*2009;21(1):207-225.

46. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology and preventive intervention. In: Damon W, Lerner RM, eds. *Handbook of child psychology* . 6th ed. New York, NY: J. Wiley; 2006: 497-547. Siegel IE, Renninger AK, eds. *Child psychology in practice*. vol 4.

47. Cicchetti D, Hinshaw SP. Editorial: Prevention and intervention science: Contributions for developmental theory. *Development and Psychopathology*2002;*14(4):*667-671.

48. Hinshaw SP. *The Mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change.* New York, NY: Oxford University Press; 2007.

49. O'Hara M, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry* 2004;11(3):42-47.