

Ilona Baleja-Stawicka, Jolanta Rabe-Jabłońska

### **Stan psychiczny i jakość życia matek opiekujących się dziećmi z upośledzeniem umysłowym jako czynniki wpływające na jakość opieki – przegląd piśmiennictwa**

The mental health condition and the quality of life of mothers looking after children with mental retardation as factors related to the quality of parental care – review of bibliography

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: Ilona Baleja-Stawicka, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej UM, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: ilonabaleja@op.pl

Source of financing: Department own sources

#### **Streszczenie**

Celem pracy jest przedstawienie aktualnej wiedzy na temat stanu psychicznego i jakości życia matek opiekujących się dzieckiem z upośledzeniem umysłowym, które są czynnikami istotnie wpływającymi na jakość opieki. Osoby upośledzone umysłowo mają deficyty w przystosowaniu się do wielu aspektów życia, dlatego praca związana z opieką nad takim dzieckiem jest żmudna i długotrwała. Rodzice muszą pogodzić się z faktem, że ich dzieci będą potrzebować opieki przez całe życie oraz że ich stan zdrowia nie ulegnie istotnej poprawie. Z wielu badań wynika, że opieka nad dzieckiem upośledzonym ma wpływ na stan psychiczny i jakość życia opiekuna. U rodziców takich dzieci częściej stwierdza się zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu, poczucie winy, osamotnienia oraz izolacji społecznej. Wiele aspektów opieki jest stresogennych dla matek. Są to nie tylko czynniki związane z poziomem funkcjonowania dziecka czy ze stanem zdrowia samego opiekuna. Badacze potwierdzają, że źródłem stresu są duże trudności w znalezieniu opiekunki dla dziecka upośledzonego, problemy finansowe, brak wsparcia emocjonalnego ze strony partnera i przyjaciół, zmiana planów życiowych, ograniczenie kontaktów towarzyskich. Warto zauważyć, że stan psychiczny matki wpływa znacząco na jakość samej opieki. Badacze uważają, że choroby psychiczne u matki, takie jak zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia psychotyczne, są jedną z przyczyn zaniedbywania dzieci oraz występowania u podopiecznych opóźnionej mowy, zaburzeń zachowania, unikania szkoły, problemów z nauką oraz zaburzeń osobowości. Według niektórych nawet niewielkie uczucie zniechęcenia u matki doświadczane w codziennym życiu jest przyczyną zwiększonej drażliwości i zaburzeń koncentracji, które są dostrzegane przez dziecko.

**Słowa kluczowe:** upośledzenie umysłowe, opieka, zaburzenia psychiczne, jakość życia, stan psychiczny

#### **Summary**

The aim of the report is to portray the contemporary knowledge concerning mental health condition and the quality of life of mothers taking care of mentally handicapped children as factors relating to the quality of parental care. People with mental retardation have problems with adaptation to different aspects of life. Therefore a parental care is thought to be strenuous and long-lasting. Parents have to accept the fact that their children will need protection for the whole life and that children's health condition have never been essentially improved. Medical research show that looking after mentally retarded children have negative influence both

on mental health condition and the quality of life of caregivers. Such parents suffer from depression, anxiety disorders, insomnia, a feeling of guilty, loneliness and social isolation more often than parents of healthy children. There are a lot of aspects of maternal care, which seem to be stressful. They are not only factors connected with the level of functioning of a child and the health condition of a parent, but also with difficulty in finding babysitter, financial status, lack of emotional support from a partner or friends, change of future prospects and restrictions of social life. Additionally, it is important to notice that mental health condition has meaningful bearing on the quality of child protection. Researchers believe that mental disorders of mothers such as depression, anxiety, psychosis can be the causes of child neglect. As a consequence, children are affected with delayed speech, behaviour disorders, trunacy, problems with learning and personality disorders in the future. Some investigators believe that even slight symptoms of discouragement concerning mothers could be a cause of their irritability and poor concentration abilities, which are noticed by a child.

**Key words:** mental retardation, parental care, mental disorders, quality of life, mental health condition

## WPŁYW OPIEKI NA STAN ZDROWIA I JAKOŚĆ ŻYCIA OPIEKUNÓW

**P**osiadanie dziecka upośledzonego jest dla wielu rodziców dużym obciążeniem emocjonalnym i ma ogromny wpływ na funkcjonowanie całej rodziny. Część rodziców ma trudności z adaptacją do nowych warunków życia, pozostali wychodzą z kryzysu poprzez przyjmowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie z trudnościami.

W literaturze sytuacja rodziców dzieci z upośledzeniem jest rozpatrywana w kategoriach adaptacji do stresu, przeżywania w sposób skrajny traumatycznych wydarzeń, większej zachorowalności na zaburzenia somatyczne i psychiczne, potrzeby wsparcia ze strony społeczeństwa i pozostałych członków rodziny.

Rodzice, nie radząc sobie z trudną sytuacją, wypowiadają różnorodne skargi na uczucie ogromnego zmęczenia, dolegliwości somatyczne, poczucie osamotnienia, izolacji społecznej, poczucie przegranej i braku nadziei na jakąkolwiek zmianę. Matki rezygnują z realizacji planów życiowych, skarżą się na zaniedbywanie męża i zdrowych dzieci<sup>(1)</sup>. Głębokie przeżywanie faktu bycia matką lub ojcem dziecka niepełnosprawnego ma duży wpływ na stan psychiczny i jakość życia takiego rodzica.

Niektórzy autorzy<sup>(2)</sup> uważają, że jakość życia oznacza indywidualnie postrzegane poczucie satysfakcji z życia i codziennej aktywności. W badaniach naukowych przyjmuje się, że na jakość życia składają się: zdrowie fizyczne i psychiczne, funkcjonowanie społeczne i emocjonalne, satysfakcja życiowa, wsparcie społeczne, a w jej ocenie są ważne zarówno wskaźniki subiektywne, jak i obiektywne. Walden i wsp.<sup>(3)</sup>, oceniając jakość życia rodziców dzieci z upośledzeniem umysłowym, poddali analizie kilka grup czynników. Są to: czynniki demograficzne dotyczące podopiecznego (wiek, stan zdrowia, diagnoza) i opiekuna (wiek, stan zdrowia, zatrudnienie, sytuacja finansowa, pomoc w opiece), obecność zaburzeń zachowania u podopiecznego, stopień fizycznej zależności od opiekuna, satysfakcja z opieki, emocjonalne wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół oraz wsparcie medyczne. Na podstawie

uzyskanych wyników stwierdzili, że im większe niesprawność fizyczna i zaburzenia zachowania dziecka, tym częściej występują u rodziców objawy depresyjne i lękowe. Emocjonalne wsparcie ze strony bliskich miało znaczący wpływ na samopoczucie opiekuna, natomiast wsparcie ze strony służby zdrowia nie miało dużego znaczenia.

Inne wyniki otrzymali Shu i wsp.<sup>(4)</sup>, według których nie ma istotnej statystycznie różnicy w wynikach skal oceniających samopoczucie w dwóch grupach opiekunów dzieci z dysfunkcjami ruchowymi lub bez dysfunkcji ruchowej. Ta sama grupa badaczy jest zdania, że programy pomocy mają istotny pozytywny wpływ na stan psychiczny opiekuna.

Niektórzy badacze potwierdzili, że bardziej obciążająca dla rodziców jest opieka nad dziećmi upośledzonymi z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania<sup>(5,6)</sup>, szczególnie jeśli są to zachowania stereotypowe, prowokujące, agresywne lub społecznie niedostosowane<sup>(7)</sup>.

Zdaniem niektórych autorów istotna dla kobiet jest obecność stałego partnera. Samotne matki opiekujące się dziećmi relacjonują więcej objawów depresyjnych<sup>(8)</sup>. Z kolei inni twierdzą, że nie ma związku między depresją u matki a jej stanem cywilnym czy też sytuacją społeczno-ekonomiczną<sup>(9)</sup>. Breslau i wsp.<sup>(10)</sup> twierdzą, że istnieje korelacja ujemna między poziomem depresji a sytuacją materialną kobiety i jej poziomem edukacji.

Kolejnym ważnym elementem mającym wpływ na stan psychiczny opiekuna jest długość opieki. Matki dzieci upośledzonych muszą opiekować się swoimi dziećmi przez wiele lat<sup>(11)</sup>. Ma to negatywny wpływ na ich fizyczny i psychiczny stan zdrowia<sup>(12,13)</sup>. Z badań wynika, że 70% matek opiekujących się niesprawnymi fizycznie dziećmi skarży się na bóle mięśni przykręgosłupowych<sup>(14)</sup>. U opiekunów dzieci przewlekle chorych częściej występują bóle migrenowe głowy, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy<sup>(15)</sup>.

Oprócz fizycznych dolegliwości rodzice częściej doświadczają uczucia złości, frustracji, poczucia winy, społecznej izolacji<sup>(16)</sup>, częściej skarżą się na zaburzenia nastroju i niepokoju<sup>(17,18)</sup> w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych.

Murphy i wsp.<sup>(19)</sup> poddali badaniu 40 opiekunów (mężczyzn i kobiet), oceniając następstwa zdrowotne związane z długotrwałą opieką. Prawie wszyscy opiekunowie skarżyli się na zmęczenie i zaburzenia snu, 80% osób (tj. 32 osoby) potwierdzało okresowo nawracające uczucia niepokoju, smutku, przygnębienia, poczucie winy, obawy o przyszłość dziecka. Połowa opiekunów skorzystała z pomocy lekarza z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym. Większość badanych mówiła o fizycznych dolegliwościach związanych głównie z koniecznością regularnego przenoszenia niesprawnego dziecka lub z uszkodzeniami spowodowanymi agresywnym zachowaniem podopiecznego. Rodzice chorujący na choroby przewlekłe nie monitorowali swojego stanu zdrowia, ponieważ nie mieli na to czasu, nie mogli znaleźć zastępczej opieki, a poza tym priorytetem dla nich była opieka nad dzieckiem lub zaspokajanie potrzeb innych członków rodziny. Ich własne potrzeby były na dalszym miejscu.

Wielu badaczy potwierdza, że matki dzieci z upośledzeniem umysłowym doświadczają większego stresu związanego z opieką niż matki dzieci prawidłowo rozwijających się<sup>(20,21)</sup> oraz zdobywają więcej punktów w skalach depresji niż grupa kontrolna<sup>(22)</sup>. Natomiast niektóre badania dotyczące rodziców dzieci z zespołem Downa sugerują, że nie ma różnicy w punktacji w skalach depresji w porównaniu z grupą kontrolną<sup>(23,24)</sup>.

Mimo że badacze nie są zgodni w tej kwestii, jest jasne, że wielu rodziców dzieci z zaburzeniami rozwojowymi nie choruje na depresję. Okazało się, że częstość występowania depresji u rodzica jest związana z diagnozą dziecka<sup>(25,26)</sup>. Badacze, którzy podzielili rodziców na grupy w zależności od rozpoznania podopiecznego, doszli do wniosku, że np. rodzice dzieci z autyzmem relacjonują wyższy poziom stresu i większe problemy z przystosowaniem do nowych warunków życia niż rodzice dzieci z zespołem Downa<sup>(27)</sup>.

Jest niewiele badań oceniających stan psychiczny ojców dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Z dostępnej literatury można wnioskować, że ojcowie w skalach depresji uzyskują wynik podobny do grupy kontrolnej i znacznie niższy od wyniku matek<sup>(28,29)</sup>.

Olsson i wsp.<sup>(30)</sup> przeprowadzili badanie matek i ojców dzieci z rozpoznaniem upośledzeniem umysłowym i autyzmem, których podzielili na dwie grupy w zależności od rozpoznania dziecka. Do badania wprowadzili również grupę kontrolną. Uczestniczący w badaniu wypełniali skalę oceniającą nasilenie depresji. Otrzymane wyniki w dużym stopniu potwierdziły postawione w badaniu hipotezy. Największy wynik w skali depresji otrzymały matki dzieci z autyzmem, mniejszy – matki dzieci z upośledzeniem. Grupa kontrolna miała wynik najniższy. Nie było istotnej statystycznie różnicy między poszczególnymi grupami ojców, w tym między nimi a grupą kontrolną. Matki dzieci z upośledzeniem i z grupy kontrolnej uzyskały więcej punktów w skali depresji niż ojcowie z odpo-

wiednich grup. Status społeczno-ekonomiczny nie miał znaczenia w grupie matek i ojców dzieci z upośledzeniem i autyzmem. Kobiety wychowujące dzieci bez partnera uzyskały więcej punktów w skali depresji. Autorzy badania uważają, że wysoka punktacja w skalach depresji wypełnianych przez matki jest prawdopodobnie związana z ich większym zaangażowaniem w opiekę nad dzieckiem i znacznym obciążeniem obowiązkami domowymi. To niewątpliwie generuje duży dyskomfort psychiczny. Ponadto matki wielokrotnie rezygnują z kariery zawodowej, aby zapewnić dziecku odpowiednią opiekę, co jest dla nich dodatkowym źródłem stresu. Interesujący jest fakt, że mężczyźni uzyskali w skalach punktację porównywalną z grupą kontrolną. Istnieje przypuszczenie, że ojcowie reagują w inny sposób niż reakcją depresyjną, co mogłoby tłumaczyć małą ilość punktów w skali depresji.

### WPŁYW STANU PSYCHICZNEGO MATKI NA OPIEKĘ

W rozwoju psychofizycznym dziecka istotna jest więź emocjonalna między matką a dzieckiem. Kształtowanie tej więzi zależy od wielu czynników, takich jak sposób zachowania i postawa matki oraz stan psychiczny matki i dziecka.

Spośród przyczyn niewłaściwej opieki najczęściej wymieniana jest społeczną izolację doświadczaną przez kobiety, choroby psychiczne oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Ponadto badania kobiet niewywiązujących się ze swoich obowiązków macierzyńskich wskazują, że matki te w dzieciństwie doświadczały zaniedbań ze strony własnych rodziców<sup>(31)</sup>.

Biorąc pod uwagę czynniki społeczne, niektórzy badacze twierdzą, że wsparcie ze strony członków rodziny jest kluczowe dla matek i znacznie ważniejsze niż wsparcie ze strony przyjaciół. Część badaczy uważa, że matki chorujące na depresję i nieotrzymujące wsparcia emocjonalnego są bardziej skłonne do agresywnych i wrogich interakcji z własnym dzieckiem<sup>(32-34)</sup>.

Zgodnie z badaniami Bellisa i wsp.<sup>(35)</sup> zaniedbywanie dzieci może być konsekwencją zaburzeń psychicznych u matki. Badacz ten podkreśla, że takie objawy, jak obniżony nastrój, zaburzenia koncentracji, niskie poczucie własnej wartości, poczucie beznadziejności, wiążą się z dużym ryzykiem zaniedbań w rodzinie. Według Dore<sup>(36)</sup> grupa matek zaniedbujących dzieci charakteryzuje się wyższym wskaźnikiem depresji. Menahem i Halasz<sup>(37)</sup> przeprowadzili badanie w sześciu stanach USA ujawniając, że w 56% przypadków przyczyną umieszczenia dzieci w placówkach opiekuńczych jest pogorszenie stanu psychicznego rodziców wymagające leczenia lub nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych. Ponadto choroba psychiczna matki jest znaczną barierą we współpracy z pediatrami i w związku z tym wpływa negatywnie na dziecko. Inni badacze zgadzają się, że zły stan zdrowia opiekuna jest jedną z przyczyn ponownych

hospitalizacji podopiecznego<sup>(38)</sup> bądź umieszczenia go w ośrodkach opiekuńczych<sup>(39,40)</sup>. Opiekun, będąc w złej kondycji psychicznej, nie jest w stanie opiekować się swoim dzieckiem efektywnie.

Badacze oceniający wpływ zaburzeń depresyjnych u matki na rozwój dziecka biorą również pod uwagę czynniki ekonomiczne. Są oni zgodni, że stres związany z trudną sytuacją finansową wpływa negatywnie na właściwe interakcje matka – dziecko<sup>(41,42)</sup>. Badania przeprowadzone w stanie Minnesota w USA potwierdzają, że dzieci matek samotnych, bezrobotnych, cierpiących na depresję częściej prezentują zaburzenia zachowania i mają gorsze wyniki w nauce<sup>(43)</sup>.

W Kanadzie przeprowadzono badanie oceniające doświadczenia adolescentów – dzieci rodziców chorujących na zaburzenia nastroju (na chorobę afektywną jednobiegunową i dwubiegunową)<sup>(44)</sup>. Choroba rodzica była przyczyną gorszego funkcjonowania rodziny. Dzieci doświadczały uczucia zagubienia, strachu, straty. Wielokrotnie musiały przejmować obowiązki rodzicielskie. Żyły w obawie, że odziedziczą chorobę po rodzicach. Badanie jest przykładem na to, że zaburzenia psychiczne u opiekuna znacznie upośledzają funkcjonowanie rodziny. Pozostali członkowie, najczęściej dzieci, są zmuszeni do przejęcia części zadań domowych od rodziców. Niestety, zakres możliwości dzieci upośledzonych jest znacznie ograniczony.

Część badaczy przedstawia matki z chorobami psychicznymi jako mniej kompetentne opiekunki swoich dzieci<sup>(45,46)</sup>. Z kolei inne badania dowodzą, że dzięki właściwej zorganizowanej pomocy chore matki są tak samo zdolne do podejmowania obowiązków macierzyńskich<sup>(47,48)</sup> jak matki zdrowe.

Badania dowodzą, że dzieci rodziców chorych psychicznie są bardziej narażone na wystąpienie chorób psychicznych, szczególnie dotyczy to choroby afektywnej dwubiegunowej, depresji, schizofrenii czy też uzależnień, np. od alkoholu<sup>(49)</sup>. Wiadomo również, że ryzyko to może zostać zmniejszone dzięki właściwej pomocy dzieciom z takich rodzin<sup>(50)</sup>. Dlatego wszechstronna opieka powinna być nakierowana nie tylko na chorą osobę, ale także na pozostałych członków rodziny.

## PODSUMOWANIE

Badania wskazują, że matki opiekujące się dziećmi upośledzonymi umysłowo są bardziej narażone na występowanie różnych chorób somatycznych, a także psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu. Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone. Jest to spowodowane m.in. tym, że osoby upośledzone wymagają nieustannej pomocy w wielu dziedzinach życia, a rodzice często nie są przygotowani do pełnienia roli opiekuna tak wymagającego dziecka, zwykle muszą zrezygnować z własnego rozwoju (kształcenia, pracy). Matki często w ogóle same wychowują upośle-

dzone dziecko, a w pełnej rodzinie i tak spada na nie zasadniczy ciężar opieki. Wiele z nich ma ponadto istotne problemy ekonomiczne i niewielkie lub w ogóle żadne wsparcia ze strony innych osób czy też instytucji.

Badacze podkreślają, że zły stan psychiczny jest uważany za jeden z czynników ryzyka występowania zaniedbań w rodzinie, zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych u dziecka oraz zwiększa prawdopodobieństwo umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczej.

W ciągu ostatnich lat stosunek do opieki i leczenia osób upośledzonych umysłowo bardzo się zmienił. Dzięki właściwej rehabilitacji osoby te są w stanie przystosować się do warunków życia codziennego. Dzieci mogą uczęszczać do szkół specjalnych, integracyjnych lub korzystać z nauczania indywidualnego. Niemniej jednak rodziny osób z upośledzeniem potrzebują ciągle dodatkowej opieki i wsparcia, aby pomóc także sobie i zapewnić bliskim warunki życia porównywalne z warunkami życia osób z normą intelektualną.

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Kościelska M.: Oblicza upośledzenia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
2. Wells K., Stewart A., Hays R.D. i wsp.: The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 914-919.
3. Walden S., Pistrang N., Joyce T.: Parents of adults with intellectual disabilities: quality of life and experiences of caring. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2000; 13: 62-76.
4. Shu B.C., Lung F.W., Huang C.: Mental health of primary family caregivers with children with intellectual disability who receive a home care programme. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2002; 46: 257-263.
5. Orr R.R., Cameron S.J., Day D.M.: Coping with stress in families with children who have mental retardation: an evaluation of the double ABCX model. *Am. J. Ment. Retard.* 1991; 95: 444-450.
6. Heller T., Hsieh K., Rowitz L.: Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. *Family Relations* 1997; 46: 407-415.
7. Van Berkum H.W., Haveman M.J.: Zorg aan huis. Behoeftes aan zorg, gebruik van zorg en discrepantie tussen vraag en aanbod onder ouders van verstandelijk gehandicapten in Zuid-Nederland [Family care. Care needs, use of care and discrepancy between needs and services for parents of mentally retarded persons in the South of the Netherlands]. 1995.
8. Blacher J., Lopez S.: Contributions to depression in Latina mothers with and without children with retardation: implications for care-giving. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies* 1997; 46: 325-334.
9. Hoare P., Harris M., Jackson P., Kerley S.: A community survey of children with severe intellectual disability and their families: psychological adjustment, carer distress and the effect of respite care. *J. Intellect. Disabil. Res.* 1998; 42: 218-227.
10. Breslau N., Staruch K.S., Mortimer E.A.: Psychological distress in mothers of disabled children. *Am. J. Dis. Child.* 1982; 136: 682-686.

11. Hong J., Seltzer M.M.: The psychological consequences of multiple roles: the normative case. *J. Health Soc. Behav.* 1995; 36: 386-398.
12. Hoyert D.L., Seltzer M.M.: Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family Relations* 1992; 41: 74-81.
13. Greenberg J.S., Seltzer M.M., Greenley J.R.: Aging parents of adults with disabilities: the gratification and frustrations of later-life caregiving. *The Gerontologist* 1993; 33: 542-550.
14. Tong H.C., Haig A.J., Nelson V.S. i wsp.: Low back pain in adult female caregivers of children with physical disabilities. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003; 157: 1128-1133.
15. Brehaut J.C., Kohen D.E., Raina P. i wsp.: The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics* 2004; 114: e182-e191.
16. Wang K.W., Barnard A.: Technology-dependent children and their families: a review. *J. Adv. Nurs.* 2004; 45: 36-46.
17. Strauss A.L., Corbin J., Fagerhaugh S. i wsp.: *Chronic Illness and the Quality of Life.* C.V. Mosby, St Louis, MO 1984.
18. Baker B.L., Blacher J., Kopp C.B., Kraemer B.: Parenting children with mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation* 1997; 20: 1-45.
19. Murphy N.A., Christian B., Caplin D.A., Young P.C.: The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child Care Health Dev.* 2007; 33: 180-187.
20. Browne G., Bramston P.: Stress and the quality of life in the parents of young people with intellectual disabilities. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 1998; 5: 415-421.
21. Warfield M.E., Krauss M., Hauser-Cram P. i wsp.: Adaptation during early childhood among mothers of children with disabilities. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1999; 20: 9-16.
22. Veisson M.: Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children. *Social Behavior and Personality* 1999; 27: 87-98.
23. Van Riper M., Ryff C., Pridham K.: Parental and family well-being in families of children with Down syndrome: a cooperative study. *Res. Nurs. Health* 1992; 15: 227-235.
24. Scott B., Atkinson L., Menton H., Bowman T.: Psychological distress of parents of infants with Down syndrome. *Am. J. Ment. Retard.* 1997; 102: 162-171.
25. Ireys H., Silver E.J.: Perception of the impact of a child's chronic illness: does it predict maternal mental health? *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1996; 17: 77-83.
26. Sanders J.L., Morgan S.B.: Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism and Down syndrome: implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy* 1997; 19: 15-32.
27. Dumas J., Wolf L., Fisman S., Culligan A.: Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality* 1991; 2: 97-110.
28. Bristol M.M., Gallagher J.J., Schopler E.: Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: adaptation and spousal support. *Dev. Psychol.* 1988; 24: 441-451.
29. Gray D.E., Holden W.J.: Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities* 1992; 18: 83-93.
30. Olsson M.B., Hwang C.P.: Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2001; 45: 535-543.
31. Cowen P.S.: Child neglect: injuries of omission. *Pediatr. Nurs.* 1999; 25: 401-436.
32. Lee C.M., Gotlib I.H.: Maternal depression and child adjustment: a longitudinal analysis. *J. Abnorm. Psychol.* 1989; 98: 78-85.
33. Downey G., Coyne J.C.: Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol. Bull.* 1990; 108: 50-76.
34. Kalil A., Kunz J.: Teenage childbearing, marital status, and depressive symptoms in later life. *Child Dev.* 2002; 73: 1748-1760.
35. De Bellis M.D., Broussard E.R., Herring D.J. i wsp.: Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: a pilot research study with policy implications. *Child Abuse Negl.* 2001; 25: 923-944.
36. Dore M.M.: Emotionally and behaviorally disturbed children in the child welfare system: points of preventive intervention. *Children and Youth Services Review* 1999; 21: 7-29.
37. Menahem S., Halasz G.: Parental non-compliance – a paediatric dilemma. A medical and psychodynamic perspective. *Child Care Health Dev.* 2000; 26: 61-72.
38. Kelly A.F., Hewson P.H.: Factors associated with recurrent hospitalization in chronically ill children and adolescents. *J. Paediatr. Child Health* 2000; 36: 13-18.
39. Llewellyn G., Dunn P., Fante M. i wsp.: Family factors influencing out-of-home placement decisions. *J. Intellect. Disabil. Res.* 1999; 43: 219-233.
40. Bromley B.E., Blacher J.: Parental reasons for out-of-home placement of children with severe handicaps. *Ment. Retard.* 1991; 29: 275-280.
41. Harnish J.D., Dodge K.A., Valente E.: Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Dev.* 1995; 66: 739-753.
42. Dodge K.A., Pettit G.S., Bates J.E.: Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Dev.* 1994; 65: 649-665.
43. Gennetian L.A., Miller C.: Children and welfare reform: a view from an experimental welfare program in Minnesota. *Child Dev.* 2002; 73: 601-620.
44. Meadus R.J., Johnson B.: The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2000; 7: 383-390.
45. Krane J., Davies L.: Mothering and child protection practice: rethinking risk assessment. *Child and Family Social Work* 2000; 5: 35-45.
46. Walsh C., MacMillan H., Jamieson E.: The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings for the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl.* 2002; 26: 11-22.
47. Lubotsky B., Levin A.K., Blanch A.J. (red.): *Women's Mental Health Services: A Public Health Perspective.* Sage, Thousand Oaks 1998.
48. Nicholson J., Biebel K.: A commentary on "Community mental health care for women with severe mental illness who are parents" – the tragedy of missed opportunities: what providers can do. *Community Ment. Health J.* 2002; 38: 167-172.
49. Goodman S.H., Gotlib I.H. (red.): *Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and Implications for Treatment.* American Psychological Association, Washington 2002.
50. Reuters T.: Mental illness can pass from parent to child. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 49-57.