

Apai GYES-depresszió? Esettanulmány

HAJNÁ CZKY LILLA ÉS LAZÁRY JUDIT

Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

Az apai peripartum depresszió (perinatal depression in father; PND-F) mint kutatási terület néhány éve került csak előtérbe, hiszen korábban a vizsgálatok a szülés és a csecsemőgondozás körüli pszichés problémák esetén csak az anyára korlátozódtak. Az apa mentális állapotának szerepét a gyermek pszichoszociális fejlődésében azonban egyre szélesebb körű vizsgálatok igazolták, illetve az apaszerep is jelentősen változott a társadalmi és kulturális szokásokkal együtt. Esetismertetésünkben egy GYES-depresszióban szenvedő férfit páciensünket mutatjuk be. Az eset kapcsán arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy a depresszióra hajlamos egyének fokozott kockázattal bírnak relapszus kialakulására bármely megterhelő élethelyzet esetén, ami akár apai GYES-depresszió formájában is előfordulhat. Tanulságos, hogy a többségi társadalom által örömteli, boldog időszaként megélt periódus a depresszióra hajlamos egyének számára megterhelő élethelyzet lehet, amely depressziót provokálhat. Ennek megértése és elfogadása társadalmi szinten még várat magára, pedig a szaksegítség időben történő elérése a veszélyeztetett populáció számára ezen is múlik, és jelentősége igen hangsúlyos a családi stabilitás és a gyermek pszichoszociális fejlődése szempontjából.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2019; 21(3): 136–141*)

Kulcsszavak: peripartum depresszió, apai depresszió; férfi GYES depresszió; affektív vulnérabilitás; PND-F

BEVEZETÉS

A klasszikus posztpartum depresszió régóta ismert pszichés zavar, melynek előfordulását, kiváltó okait és szövődményeit számos kutatásban vizsgálták. Az affektív zavarok megjelenése azonban nem korlátozódik kizárólag a szülés által provokált depresszióra, a gyermekvállalás, valamint a csecsemőgondozás körüli időszakban is változatos formában manifesztálódhatnak és jelentős mentálhigiénés következményekkel járhatnak, ezért a DSM-5 már bővítette a posztpartum depresszió körét és szülés körüli depresszió (peripartum depresszió, PPD) kategóriát vezetett be. A PPD körébe a terhesség, a szülés utáni (posztpartum), valamint a laktációs depressziós zavarok tartoznak, melyekkel intenzív kutatások foglalkoznak az anya, az utód, valamint a család pszichés szövődményeit illetően. A posztpartum depresszió az egyik leggyakoribb nem-szülészeti szövődmény a szüléseknél, előfordulása 6-13% körüli (Gaynes et al., 2005). A peripartum halálozás egyik vezető oka az öngyilkosság, a befejezett szuicidium prevalenciája szüléskor 2-3,7/100000 fő, a posztpartum időszakban 1,4-6,9/100000 fő (Esscher et al., 2016; Oates, 2003; Schiff & Grossman, 2006;

Weng, Chang, Yeh, Wang, & Chen, 2016). Az anya mentálhigiénés szempontjai mellett a PPD jelentőségét tovább növeli a gyermekre gyakorolt negatív hatása. A témával foglalkozó irodalomban számos adat utal arra, hogy a PPD emeli a gyermek kognitív és nyelvi fejlődési rendellenességeinek, valamint a magatartászavarok kockázatát (Netsi et al., 2018; Sanger, Iles, Andrew, & Ramchandani, 2015). A peripartum depressziók legfontosabb prediktora a pozitív anamnézis; azoknál a nőknél, akiknek gyermekvállalás előtt depresszió szerepel az anamnézisében, kétszer nagyobb az esélye a PPD kialakulására (Pataky & Ehlert, 2019). Utóbbi eredmény azt az elméletet erősíti, hogy a PPD a depresszióra egyébként is hajlamos egyénekben jelenik meg elsősorban, tehát a szülés mint traumatikus életesemény precipitáló tényezőként értelmezhető. Annak ellenére, hogy a PPD jelentős egészségügyi, gazdasági és társadalmi terhet jelent világszerte, az esetek nagy része nem kerül diagnosztizálásra és megfelelő ellátásra (Fonseca, Gorayeb, & Canavarro, 2015; Ko, Farr, Dietz, & Robbins, 2012).

A peripartum depressziókkal foglalkozó vizsgálatok hagyományosan a terhességtől a szülés utáni első évig terjedő időszakra fókuszálnak, azonban újabban

megjelent az érdeklődés a szüléstől távolabb eső periódusokban előforduló depresszió iránt. Egyes vizsgálatok szerint a kisgyereket nevelő anyáknál a depresszió prevalenciája 10-32% is lehet (Ertel, Rich-Edwards, & Koenen, 2011; Wang, Wu, Anderson, & Florence, 2011). Az egyéves koron túl előforduló depressziók kutatását az indokolja, hogy a posztpartum zavar gyakran kronicizálódik, illetve rekurrensé válik, ami szintén megerősíti azt a teóriát, hogy az affektív vulnerabilitás játszik szerepet a PPD kialakulásában (Essex, Klein, Miech, & Smider, 2001; Goodman, 2007). Egy 2015-ben publikált vizsgálat szerint a szülés utáni egy évet meghaladó időszakban a posztpartum depresszió ötféle módon alakul tovább: 60,2%-ban megszűnik; 25,2%-ban közepes súlyos tünetek formájában; 5,0%-ban súlyos depresszió formájában perzisztál; míg 4,7% esetében kizárólag a terhesség folyamán észlelhető (van der Waerden et al., 2015). A kisgyerekkorban előforduló anyai depresszió a kutatások szerint szintén komoly jelentőséggel bír a gyermek kóros mentális fejlődését tekintve (Connelly, Baker-Ericzen, Hazen, Landsverk, & Horwitz, 2010; Fihrer, McMahan & Taylor, 2009; Turney, 2012). A kisgyerekkorban zajló anyai depressziót a magyar köznyelvben „GYES-depresszió” is szokták nevezni, mivel ebben az időszakban az édesanyák még nem mennek vissza munkahelyükre, gyermekellátási segélyben (GYES) részesülnek és fő tevékenységük a gyermek nevelése, gondozása. Bár országonként változó, hogy milyen kulturális szokások, társadalmi elvárások szerint szerveződik az édesanyák szerepe a kisgyermek gondozásával kapcsolatosan (egyedülálló országokban nincs lehetőség a gyermek 3 éves koráig otthon maradni és elvárás, hogy az anya egy év után, vagy még korábbi időszakban visszatérjen a munkahelyére), a kisgyerek ellátásához társuló depresszió világszerte előfordul a szakirodalom szerint. Habár a klasszikus posztpartum és laktációs depresszió fő kóroktani faktorai között a szexuális hormonok drasztikus változásait, valamint az alvá deprivációt szokás kiemelni, nem elhanyagolhatóak a pszichés precipitáló tényezők sem. Maga a szülés mint traumatikus életesemény, az anyai szereppel való szembesülés, a nőiséggel kapcsolatos intrapszichés konfliktusok, a partnerkapcsolat átalakulása mind-mind közrejátszik a peripartum depressziók kialakulásában. A kisgyerekkori anyai depresszió esetében a hagyományos posztpartum pszichés zavarok hormonális okai nyilvánvalóan nem játszanak szerepet, az affektív vulnerabilitás és a pszichés tényezők jelentik a legfontosabb etiológiai faktorokat. Kevésbé kutatott terület, de a GYES-depresszió pszichés okai között megemlíthető a monotonitás, az élettér beszűkülése,

az anyai identitás előtérbe kerülésével az egyéb (női, társaséleti, szakmai stb.) identitások hanyagolása, a karrierlehetőségek elvesztésének lehetősége stb.

Ugyanakkor kevés vizsgálat foglalkozik az apai depresszió előfordulásával, vitatott, hogy önálló diagnosztikai kategóriának tekinthető-e egyáltalán az apai peripartum depresszió (perinatal depression in fathers, PND-F). Bár a pathomechanizmus alapján nem feltétlenül indokolt külön tárgyalni a PND-F-et, az mindenképpen figyelemreméltó, hogy a peripartum időszakban megjelenő apai hangulatzavar előfordulása egy metaanalízis szerint 10,4%, és a szerzők megállapítása szerint ez a gyakoriság alulbecsült adat (Paulson & Bazemore, 2010), míg más szerzők 17-25% gyakoriságról számolnak be (Soliday, McCluskey-Fawcett, & O'Brien, 1999; Suto et al., 2016). Egy 2017-ben megjelent vizsgálatban az apai depressziós zavarok mintázatát elemezték a gyermek egyéves koráig terjedő időszakban, és négyféle jellegzetes alcsoportot különítettek el. A szerzők felhívták a figyelmet az apai depresszió behatóbb vizsgálatának szükségességére (Molgora, Fenaroli, Malgaroli, & Saita, 2017). Emellett az apai depresszió negatív hatását a gyermek pszichés fejlődésére szintén kimutatták számos tanulmányban (Ballard, Davis, Cullen, Mohan, & Dean, 1994; Dave, Sherr, Senior, & Nazareth, 2008; Fletcher, Feeman, Garfield, & Vimpani, 2011; Koch et al., 2019; Narayanan & Naerde, 2016; Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor, & team, 2005). Mivel a kiváltó okok között a hormonális változások kizárhatók, hasonlóan a kisgyermekkorban anyai depresszióhoz, inkább a genetikai hajlam és egyéb pszichés tényezők tehetők felelőssé a PND-F kialakulásáért.

Napjainkban új kihívást jelent a családmódellek megváltozása, a kisgyermek ellátásával kapcsolatos alternatív lehetőségek elterjedése. Magyarországon az elmúlt néhány évben indultak el olyan változások, amelyek lehetővé tették, hogy az anya helyett az apa is vállalhatja a kisgyermek ellátását főtevékenységként (GYES-ben részesül), és az édesanya tér vissza a munkahelyére. Bár az ilyen státuszú édesapa még nagyon ritka hazánkban, praxisunkba egy olyan édesapa került be, akinél GYES-depresszió alakult ki. Esetét az alábbiakban mutatjuk be.

ESETISMERTETÉS

Felvételi státusz, anamnézis

A 41 éves férfit beteg felesége kíséretében érkezett felvételre osztályunkra háziiorvosi beutalóval, depressziós epizód jelzéssel. A beteg az 5 éves (autizmussal élő)

óvodás fiú és 8 éves kisiskolás lány édesapjaként „háztartásbeliként” dolgozott otthon a gyerekek megszületése óta, míg az édesanya visszament a munkahelyére dolgozni főállásban.

Érkezésekor a páciens arról számolt be, hogy néhány hónappal felvétele előtt kezdődött szorongásos panasa, amely folyamatosan erősödött, alvása szakaszossá és zaklatottá vált, kimerült, anhedóniás, hangulata deprimált. Az utóbbi hónapokban nehezebbre esett lemennie az utcára is, megerőltető volt számára kilépni a lakásból, hamar kimerültnek, legyengültnek érezte magát. Hangulatát rossznak élte meg, időnként remegésig fokozódott a szorongása, ilyenkor fokozottan verejtékezett, úgy érezte belényilall a félelem. Néhány héttel kórházi felvételét megelőzően pszichés tüneteinek alhasi panaszok társultak, olykor erős vizeleti ingerrel, máskor szorító, görcsös panaszokkal. Urológusnál többször járt vizsgálaton, kismedence ultrahang- és vizeletvizsgálat is készült, melynek alapján szomatikus betegséget kizártak.

Aktuális osztályos kezelését megelőzően már hónapokkal korábban észlelte a tünetek megjelenését. Szorongásos panaszok, kétségbeesés és „tompaság-érzés” miatt kereste fel ambulánsan pszichiáterét, aki venlafaxint javasolt, lorazepammal kiegészítve. A medikáció alkalmazása mellett a páciens szorongásos panaszainak felerősödését észlelte, ezért a venlafaxin helyett később eszscitalopram beállítását kezdték. Alvászavara miatt zolpidemet javasoltak. A páciens panaszai azonban ezt követően sem javultak, ezért került sor osztályos felvételére.

A páciens 31 éves korában került sor első pszichiátriai osztályos kezelésére, akkor szintén erős szorongás, súlyos alvászavar, kényszer gondolatok, átmeneti memória- és figyelemzavar, szomatikus tünetek (végtagzsibbadás, szédülés, fejfájás) álltak előtérben. Pszichológiai vizsgálata során (STAI, MMPI) szorongásos, depresszív, pszichoszomatikus tüneteket, kényszeres vonásokat véleményeztek. Intellektusa átlagos, az érettségi vizsgát sikeresen teljesítette, egyetemi tanulmányait elkezdte, de nem fejezte be. A klinikai kép alapján átmeneti pszichotikus zavart, kényszer gondolatokat (elsősorban vizeletével kapcsolatos visszatérő tartalmak) és szorongásos zavart diagnosztizáltak. Az alkalmazott terápia mellett (olanzapin, eszscitalopram, klonazepam) a páciens állapota jelentősen javult. Szorongása enyhült, alvása rendeződött, kényszer gondolatok csökkentek.

A páciens ezt követően évekig stabil volt, pszichotróp szerek rendszeres alkalmazása nem vált szükségessé.

Szomatikus betegség, szerhasználat kórelőzményében nem volt ismert. Alkohol- és drogfogyasztást jelenleg is negált.

Távolabbi anamnéziséből kiemelendő, hogy koraszülöttként jött világra, illetve gyermekkori koponyatraumát követően fellépő tic miatt vizsgálták. Bizonytalan motoros tünetek miatt többször került sor neurológiai kivizsgálásra. Ennek keretében Huntington korea genetikai vizsgálattal kizárásra került. EEG vizsgálaton enyhe bal temporális kérgi funkciózavart véleményeztek. Koponya CT vizsgálat során kissé tágabb IV. agykamrát írtak le, illetve a bal oldali hídkar minimálisan hipodenzebbnek imponált. Az említett minor neuropszichiátriai eltérések, melyek már a gyermekkortól jelentkeztek, genetikai sérülékenységre hívják fel a figyelmet a pszichés betegségek irányába is.

Kórlefolyás

Az anamnézis, a klinikai kép és a vizsgálatok alapján pszichotikus tünetekkel kísért súlyos depressziós epizód igazolódott, melynek keretében szomatizációs tendenciát, kizárólag belső állapotára beszűkült gondolkodást, ruminációt észleltünk. A regulárisan szedett eszscitalopram helyett mirtazapint, majd kvetiapint indítottunk, és szupportív pszichoterápiába, valamint szocioterápiás foglalkozásokba vontuk be. A mirtazapint pszichomotoros nyugtalanság miatt el kellett hagynunk, farmakoterápiáját klonazepammal egészítettük ki. A kvetiapin mellett átmeneti javulást észleltünk, azonban a páciens szorongásos panaszai később ismét felerősödtek, illetve hangulata továbbra is deprimált maradt. A továbbiakban duloxetin alkalmazása mellett szintén a belső nyugtalanság fokozódását észleltük, ezért további módosításra került sor. Amiszulpridot indítottunk, melyet a páciens jól tolerált, pszichotikus tünetei megszűntek, hangulata, aktivitása javult. A beteg állapota fluktuált, kezdeti javulás után előfordult, hogy ismét visszatértek a tünetek, az egyértelmű remisszió 2 hónapos rehabilitációs kezelést követően volt elérhető.

KONKLÚZIÓ

Egy most megjelent tanulmány, amely a világsajtót is bejárta (magyar sajtóban: „Miért nem akar több gyereket az az apa, aki már volt GYES-en?” https://index.hu/techtud/2019/08/21/miert_nem_akar_tobb_gyereket_az_az_apa_aki_mar_volt_gyeseen), arról számolt be, hogy Spanyolországban a férfiak újabb gyermek vállalási kedve meredeken csökken amióta bevezették

az apai „GYES”-t. Annak ellenére, hogy az intézkedést éppen a növekvő gyermekvállalási kedv reményében tették, a tanulmány szerint az apák ennek kapcsán szembesültek a gyermek gondozása körüli feladatok, élethelyzet nehézségeivel és további gyermek vállalására kevésbé lettek motiváltak (Ferré és González, 2019). A közlemény részletesen kitér egyéb tényezők elemzésére is, de a konklúzió elgondolkodtató és tovább erősíti esetünk aktualitását.

A gyermekszületéssel és gyermekneveléssel kapcsolatos depressziós állapotok korai felismerése és kezelése az egyéb hangulatzavarokhoz képest rendkívüli jelentőséggel bír a gyermek pszichés fejlődése, a családi integritás megőrzése szempontjából is. Ugyanakkor az a társadalmi elvárás, sztereotípiá, mely szerint ez az időszak kizárólag boldogsággal, örömmel jár, éppen az adekvát segítségkérést nehezíti meg. A szülők sokszor ijesztőnek, szégyellnivalónak értékelik negatív érzéseiket, és a környezet sem kezeli helyén a problémát. A családtagok és egészségügyi dolgozók legtöbbször bagatellizálják a nyilvánvaló pszichés problémát, de az is előfordul, hogy a család nehezíti a depressziós szülőre, mert hanyagságnak, lustaságnak, vagy egyszerűen rossz szülőnek bélyegzi. Mint azt esetünkkel is bemutattuk, a depresszió a gyermekvállalás körüli időszakban mindkét szülőnél jelentkezhet. A bemutatott apa anamnézisében szerepelt depresszió, ezért viszonylag könnyebb volt segítséget kérnie (már ismerős volt a helyzet a család számára, volt a páciensnek tapasztalata). A betegség alakulása szempontjából valószínű, hogy egy meglévő, genetikai sérülékenység és a megterhelő helyzet együttesen vezetett az aktuális epizód kialakulásához. Tanulságos az eset abból a szempontból is, hogy a pszichés zavarokkal küzdő szülők esetében nagyobb valószínűséggel jelenik meg újabb mentális betegség a gyermekben (az autizmus esetében genetikai öröklődés valószínűsíthető, de pszichés mechanizmusok, tanulás útján is rögzülhetnek egyéb kóros minták depresszió esetében), ami további terhet jelent a család stabilitására nézve. Ördögi körként a beteg gyermek még súlyosabb terhet ró az amúgy is vulnerábilis szülőkre, csökkentve annak esélyét, hogy megbirkóznak a helyzettel. Ezeknek a családoknak így komplex segítségre van szükségük a változatos és súlyos szövődmények elkerülése érdekében. Arról nem is beszélve, hogy sokkal könnyebb és nagyobb eséllyel eredményesebb a depresszióban szenvedő szülőt időben kezelni, mint később a teljes családot egymásra épült, bonyolult patológiás kapcsolatrendszerrel. Az esetben szereplő apa fiánál megállapított autizmus önmagában is traumatikus életeseményként értelmezhető, ennek feldolgozása

szintén része volt a pszichoterápiás intervenciónak. Az autizmussal élő gyermek szüleit érintő pszichés problémákkal komoly szakirodalmi anyag foglalkozik, melyre jelen tanulmányunkban terjedelmi okok miatt nem áll módunkban kitérni.

A bemutatott apai GYES-depresszió esetével arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a szülő nemétől függetlenül a kisgyermek gondozása is lehet megterhelő élethelyzet, ami az arra hajlamos egyéneknél a depresszió relapszusával járhat. Az affektív vulnerabilitással bíró egyének életében a különböző traumatikus életesemények depressziós epizódot provokálnak, és a gyermekvállalás kapcsán a pozitív élmények mellett számolnunk kell traumatikus élményekkel is. Az apai peripartum és GYES-depresszió nem a patomechanizmus különbözősége miatt érdemel külön említést. A kihívást sokkal inkább az jelenti, hogy a társadalom képes-e elfogadni, hogy a gyermekvállalás körüli időszak megterhelő élethelyzetet is jelenthet a veszélyeztetett (vulnerábilis) szülők számára. A tágabb környezet, a társadalom viszonyulása a különböző életeseményekhez rendkívül meghatározó lehet a pszichés problémákkal küzdő szülők számára, és a korai felismerés, valamint szakszerű kezelés készletében játszhat szerepet.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS: Dr. Lazáry Judit a közlemény írásának idején MTA Bolyai János kutatói ösztöndíjban részesült.

LEVELEZŐ SZERZŐ: dr. Lazáry Judit PhD
Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
1135 Budapest, Lehel u. 59-61.
E-mail: lazaryjudit@gmail.com

IRODALOM

- Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*, 164(6), 782-788. doi: 10.1192/bjp.164.6.782
- Connelly, C. D., Baker-Ericzen, M. J., Hazen, A. L., Landsverk, J., & Horwitz, S. M. (2010). A model for maternal depression. *J Womens Health (Larchmt)*, 19(9), 1747-1757. doi: 10.1089/jwh.2009.1823
- Dave, S., Sherr, L., Senior, R., & Nazareth, I. (2008). Associations between paternal depression and behaviour problems in children of 4-6 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(5), 306-315. doi: 10.1007/s00787-007-0672-6
- Ertel, K. A., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2011). Maternal depression in the United States: nationally representative rates and risks. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(11), 1609-1617. doi: 10.1089/jwh.2010.2657
- Esscher, A., Essen, B., Innala, E., Papadopoulos, F. C., Skalki-

- dou, A., Sundstrom-Poromaa, I., & Hogberg, U. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *Br J Psychiatry*, 208(5), 462-469. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161711
6. Essex, M. J., Klein, M. H., Miech, R., & Smider, N. A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *Br J Psychiatry*, 179, 151-156. doi: 10.1192/bjp.179.2.151
 7. Ferré, L.; González, L. (2019). Does paternity leave reduce fertility? *J Public Economics*, 172:52-66. doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.12.002
 8. Fihrer, I., McMahon, C. A., & Taylor, A. J. (2009). The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *J Affect Disord*, 119(1-3), 116-123. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.001
 9. Fletcher, R. J., Feeman, E., Garfield, C., & Vimpani, G. (2011). The effects of early paternal depression on children's development. *Med J Aust*, 195(11-12), 685-689.
 10. Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Womens help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177-1185. doi: 10.1016/j.midw.2015.09.002
 11. Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*(119), 1-8.
 12. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 107-135. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401
 13. Ko, J. Y., Farr, S. L., Dietz, P. M., & Robbins, C. L. (2012). Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009. *J Womens Health (Larchmt)*, 21(8), 830-836. doi: 10.1089/jwh.2011.3466
 14. Koch, S., De Pascalis, L., Vivian, F., Meurer Renner, A., Murray, L., & Arteche, A. (2019). Effects of male postpartum depression on father-infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Ment Health J*, 40(2), 263-276. doi: 10.1002/imhj.21769
 15. Molgora, S., Fenaroli, V., Malgaroli, M., & Saita, E. (2017). Trajectories of Postpartum Depression in Italian First-Time Fathers. *Am J Mens Health*, 11(4), 880-887. doi: 10.1177/1557988316677692
 16. Narayanan, M. K., & Naerde, A. (2016). Associations between maternal and paternal depressive symptoms and early child behavior problems: Testing a mutually adjusted prospective longitudinal model. *J Affect Disord*, 196, 181-189. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.020
 17. Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247-253. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
 18. Oates, M. (2003). Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry*, 183, 279-281. doi: 10.1192/bjp.183.4.279
 19. Pataky, E. A., & Ehlert, U. (2019). Longitudinal assessment of symptoms of postpartum mood disorder in women with and without a history of depression. *Arch Womens Ment Health*. doi: 10.1007/s00737-019-00990-4
 20. Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969. doi: 10.1001/jama.2010.605
 21. Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & team, A. s. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201-2205. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66778-5
 22. Sanger, C., Iles, J. E., Andrew, C. S., & Ramchandani, P. G. (2015). Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 18(2), 147-162. doi: 10.1007/s00737-014-0463-2
 23. Schiff, M. A., & Grossman, D. C. (2006). Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington state, 1987-2001. *Pediatrics*, 118(3), e669-675. doi: 10.1542/peds.2006-0116
 24. Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K., & O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *Am J Orthopsychiatry*, 69(1), 30-38.
 25. Suto, M., Isogai, E., Mizutani, F., Kakee, N., Misago, C., & Takehara, K. (2016). Prevalence and Factors Associated With Postpartum Depression in Fathers: A Regional, Longitudinal Study in Japan. *Res Nurs Health*, 39(4), 253-262. doi: 10.1002/nur.21728
 26. Turney, K. (2012). Pathways of disadvantage: Explaining the relationship between maternal depression and children's problem behaviors. *Soc Sci Res*, 41(6), 1546-1564. doi: 10.1016/j.ssresearch.2012.06.003
 27. van der Waerden, J., Galera, C., Saurel-Cubizolles, M. J., Sutter-Dallay, A. L., Melchior, M., & Group, E. M.-C. C. S. (2015). Predictors of persistent maternal depression trajectories in early childhood: results from the EDEN mother-child cohort study in France. *Psychol Med*, 45(9), 1999-2012. doi: 10.1017/S003329171500015X
 28. Wang, L., Wu, T., Anderson, J. L., & Florence, J. E. (2011). Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(5), 711-718. doi: 10.1089/jwh.2010.2232
 29. Weng, S. C., Chang, J. C., Yeh, M. K., Wang, S. M., & Chen, Y. H. (2016). Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: A population-based study in Taiwan. *Sci Rep*, 6, 25770. doi: 10.1038/srep25770

Paternal depression in a “stay-at-home” father – case report

There is a growing body of data on paternal peripartum depression (perinatal depression in father; PND-F), however, it has traditionally been investigated only in women. Recently accumulating results confirmed the prominent role of the mental health of fathers in the psychosocial development of children and new trends showed up concerning the father's role in the family. In this case report we demonstrate the clinical aspect of a depressive episode of a “stay-at-home” father of two children (a 5-year old boy living with autism and a 8-year old girl). In relation to the case we want to emphasize that various situations can be stressful for a person with affective vulnerability. It is noteworthy that although childcare is a happy period for the majority, it can be a stressful life period for vulnerable persons and it can provoke a depressive episode. Acceptance and tolerance of this correlation at the level of society is still far away, however, it is indispensable for adequate and timely intervention which is essential for the stability of families and the psychosocial development of children.

Keywords: peripartum depression; paternal depression; men's depression; affective vulnerability; perinatal depression in fathers, PND-F