

**KRE BTK Pszichológiai Intézet**

**BPS1460 Fejlődéslélektan műhelymunka**

**Szegleti Gabriella**

## **Posztpartum depresszió apák esetében és hatása a gyermek fejlődésére**

**Készítette: Dér Csilla Ilona**

**Neptun-kód: EZTL8L**

**Pszichológia BA nappali**

**2015/2016. tavaszi félév**

## 1. Bevezetés: a kutatási téma sajátosságai

Az apai posztpartum depresszió (a továbbiakban PPD) az anyai PPD-vel összehasonlítva még mindig viszonylag kevésbé ismert jelenség, amit a témába vágó szakirodalom szerényebb mennyisége is tükröz. Az okok között említhető a férfiak egészségkereső magatartásának a nőkéhez képest jóval alacsonyabb foka: kevésbé hajlandóak az egészségügyi problémáikról beszélni, illetve azokkal orvoshoz fordulni, s különösen igaz ez a mentális problémákra (Hammarlund et al. 2015). Az apai PPD esetében a „rejtőzést” felerősíti a szülés utáni helyzet maga is, hiszen a figyelem akkor elsősorban a gyermekre és az anyára irányul; a védőnők, bábák (midwife) beszámolóit szerint az apákkal szinte alig találkoznak, és ha igen, akkor sem tudnak meg az állapotukról sokat, inkább az anyáktól szereznek róluk információkat (uo.). Ezenkívül a férfiak a nőkhöz képest jóval kisebb hajlandóságot mutatnak a kutatásokban való részvételre. Létezik egy negyedik, még meghatározóbb ok is: a férfiak depressziós tünetei a nőkéhez képest, illetve a DSM IV-ben felsoroltaktól eltérők, s ilyen értelemben atipikusak (Oladosu 2012, Almásy 2014: 23, részletesen l. később). Ezekből következően a férfiak PPD-je nehezebben detektálható.

Az előbbiekből fakadóan a szakemberek alábecsülték a férfiak depresszióban való érintettségét ebben az időszakban, illetve a depressziós apák hatásának mértékét gyermekeik fejlődésére. Az apák egy jó része manapság egyre aktívabb szereplője gyermekei gondviselésének és nevelésének, ilyen módon a hatásuk is jelentősebb az életükre. Épp ez az alapvetően pozitív változás, az apák nagyobb szerepvállalása a családi életben irányította a fókuszot a férfiak egészségére és az apai PPD-re. A változóban lévő nemi és ehhez kapcsolódó szülői szerepekből kiindulva két hipotézist fogalmaztunk meg:

1. hipotézis: A hagyományosabb (patriarchális) gondolkodású, valamint a kevésbé tanult, illetve alacsonyabb szocioökonómiai státusú apák esetében az apai PPD-t jellemzően az apára háruló, a hagyományos férfiszerepnek megfelelő (túlzott) elvárások (családfenntartó, fő kenyérkereső szerep) katalizálják. Ez nem okvetlenül a környezet által elvárt szerep, lehetséges, hogy az apa saját maga várja el magától, amit tovább súlyosbíthat, hogy ezek a férfiak érzelmileg kevésbé tudnak/akarnak bevonódni a család életébe, illetve az anyát is – saját leterheltsége miatt (gyerekek gondozása, házimunka) – „elvesztik” egy időre.
2. hipotézis: A modern (nem hagyományos) felfogású, illetve a magasabban képzett, valamint magasabb szocioökonómiai státusú apák esetében viszont a PPD-hez az járulhat hozzá, hogy az ilyen apáknak egyszerre több fronton kell helyt állniuk (kenyérkereső munka, gyerekek ellátása, nevelése), s minél inkább így van ez, annál inkább ki vannak téve a PPD veszélyének.

Természetesen az alacsony képzettség és a patriarchális szerepekben való gondolkodás, valamint ennek fordítottja, a magasabb képzettség és a modern szerepfelfogás nem minden esetben jár együtt, de tendenciaszerűen igen (vö. Murinkó 2014).

## **2. Az apai PDD meghatározása és prevalenciája**

Az apai PDD-nek nincs olyan speciális definíciója, amely eltérne a major depresszió szokványos klinikai meghatározásától (tehát a PPD-sre is jellemzőek például az alvási nehézségek, a kimerültség, az apátia), a különbség annyi, hogy egy specifikus időszakhoz van kötve, rendszerint a gyermek születését követő első évhez (időbeli behatárolása azonban változó, a DSM IV pl. 4 hetet említ, l. Oladosu 2012: 4).

Az apai PPD átlagos előfordulása a világon 10% körüli (Oladosu 2012), de Koh et al. (2015) szerint a valós arány ennél nagyobb, 15% lehet. A gyakorisága tehát nem kisebb az anyai PPD-hez képest, és jóval nagyobb mértékű a más időszakokban a férfiaknál mutatkozó (unipoláris) depresszióval összehasonlítva (pl. Egyesült Királyság: 2,4%, l. Paulson & Bazemore 2010, idézi Oladosu). A szórás az apai PPD esetében kultúránként és időszakonként is igen változó: egy friss japán kutatás nagy mintán 13,6%-os előfordulási arányt talált (Nishimura et al. 2015). Egy korábbi metaelemzés szerint az apai depresszió prevalenciája a korai terhességtől a gyerek egyéves koráig 10,4%-os volt, a legalacsonyabb érték 7,7% volt a gyerek születésétől 3 hónapos koráig terjedő időszakban, de elérte a 25,6%-ot a gyermek születése után 3–6 hónappal (Paulson & Bazemore 2010, idézi Nishimura et al. 2015).

Említésre méltó ugyanakkor, hogy egy kivételesen nagy, csaknem 15 ezer fős mintán végzett vizsgálat (Egyesült Királyság, ALSPAC-tanulmány, Hanington et al. 2010: 90), mely a terhesség kezdetétől fogva követte nyomon a szülőket és a gyerekeket, lényegesen kisebb arányú apai és anyai PPD-t mutatott ki. A kutatók kétszer mértek, a gyermekek 6 hónapos (1. időpont) és 24 hónapos (2. időpont) korában; így két-két adat is rendelkezésükre állt a szülői PPD-t és depressziót illetően (mivel a 2 éves gyerekek esetében már nem szokás posztpartum depresszióról beszélni): gyerekeik 6 hónapos korában az anyák 8,8%-a, az apáknak pedig 3%-a, míg 24 hónapos korában az anyák 9,9%-a, az apáknak pedig 3,5%-a volt depressziós. A jelentős eltérést az ALSPAC-vizsgálat és a többi kutatás eredményei között a mérőeszközök/módszerek eltérése nem magyarázhatja, mivel Hanington és munkatársai is az EPDS-t használták, akárcsak a legtöbb elemzés során, ezért inkább kulturális-gazdasági okok magyarázhatják a különbséget.

Eddig egyetlen magyar vizsgálat irányult az apák posztpartum depressziójára: Almássy (2014: 43, 51–53) 84 férfi–női párost vizsgált kétféle kérdőíves módszerrel (a

vizsgálati módszerekről később lesz részletesen szó), eredményei szerint az EPDS kérdőív alapján a vizsgált apák 12,5% -a, a GMDS alapján a 15,5%-a volt depressziós; mindkét skála alapján pedig a depressziós apák aránya 9,3% volt. Ez utóbbi szám megfelel a fentebb említett átlagos értékeknek.

Eszerint tehát az apai PPD megjelenése jelentősen változik a gyermek korával, amelynek kulturális okai is lehetnek (l. lentebb az ázsiai vizsgálatokat). Nem kulturális kiváltó tényező azonban az élethelyzetben beálló drámai változás, amely az elsőgyerekes szülőket éri. Megdöbbentően nagy azoknak a pároknak az aránya (59,3%), akiknek az esetében a gyermek születése körüli időszakban legalább az egyikük depressziós tüneteket mutat (Raskin, Richman & Gaines 1990, idézi Almássy 2014: 37). A családi és társas élet valósága a gyerek születése után nagyban különbözhet a szülők elvárásaitól, s ez a kutatók szerint a gyerek 3 hónapos korában csúcsosodik ki (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka 2006, idézi Nishimura et al. 2015). Feltételezhetjük, hogy épp azért ebben az időszakban, mert az első két hónapban még hat az újdonság varázsa, illetve a szülőknek a rendkívül intenzív figyelmet igénylő csecsemő teljesen leköti a figyelmét, s a társas igényeiket „halasztják”.

A férfiak perinatális időszakon kívüli depressziós tünetei jelentős eltérést mutathatnak a nőkéhez képest, s ez az apai PPD esetében sincs másképp: jellemzően az agressziót/dühöt, az irritabilitást, a kontrollvesztettség érzését, a stressz hatására megjelenő fizikai tüneteket, az alkoholizálást, illetve a droghasználatot említik az elemzésekben mint ilyen megkülönböztető jegyeket (Chuck et al. 2009, idézi Almássy 2014: 23; Wee et al 2011, Magovcevic 2008, mindkettőt idézi Oladosu 2012, Oladosu 2012: 7, Cochran & Rabinowitz 2003, Almássy 2014: 21).

### **3. Az apai PPD feltételezett okai**

Az apai PPD rizikótényezőit három szempont szerint csoportosítottuk: a biológiai, a pszichológiai és a társas (szociális) hatásokat vettük számba (ezek a tényezők rendszerint nem nemspecifikusak). Ezeket nem mindig lehetett könnyen szétválasztani, az ilyen esetekben az alapján döntöttünk, hogy a szakirodalomban jellemzően mely kategóriában tárgyalták az adott jelenséget.

#### **Biológiai okok:**

- a) **Hormonszintváltozás:** jellemzően már az anya terhessége alatt bekövetkezik az apáknál a tesztoszteronszint csökkenése, mely a gyermek születése után tovább esik (Almássy 2014: 32-33). Ez ugyanakkor ellentmondásban látszik állni a férfi

depresszióban megfigyelhető agresszióval. A feloldás talán az lehet, hogy nem minden férfidepresszióban van jelen agresszió, illetve nem jelentős mértékben (a tesztoszteronszint csökkenése nem azonos annak minimálisra esésével).

- b) **Az apa fiatalsága (életkora):** az apa fiatalsága növeli az apai PPD kockázatát (Koh et al. 2015, Paulson & Bazemore 2010), ennek magyarázatát l. lentebb (az 5. fejezetben).
- c) **Kevés alvás:** a nem elégséges alvásmennyiség erőteljes faktor az apai PPD kialakulásában (Spector 2006, Almássy 2014: 36).

#### **Pszichológiai okok:**

- a) **Korábbi pszichiátriai zavarok:** főleg a korábbi depressziós zavarok állnak erős összefüggésben az apai PPD-vel (Nishimura 2010, Wee et al 2011, mindkettő idézi Oladosu 2012, Almássy 2014: 36, Ramchandani et al. 2008).
- b) **Alacsony önértékelés:** minél alacsonyabb az apa önértékelése, annál valószínűbb, hogy PPD-s tüneteket mutat (Paulson & Bazemore 2010, idézi Almássy 2014: 36 – 37).
- c) **Magas szorongásszint:** szintén hozzájárul az apai PPD megjelenéséhez (Paulson & Bazemore 2010, idézi Almássy 2014: 36 – 37).

#### **Társas (szociális) hatások:**

- d) **Az anya PPD-je:** A PPD-vel vizsgált szülőpárok kb. 50%-ának esetében nemcsak az apának, hanem az anyának is PPD-je van (Goodman 2004, idézi Oladosu 2012). Valószínűsíthetően az anyai PPD ok és nem okozat, l. uo., Almássy 2014: 35-36, Veskrna 2010, Ramchandani et al 2005, mindkettőt idézi Almássy 2014: 35). Feltételezhetően az anya a saját PPD-je miatt nem tud kellő érzelmi támaszt nyújtani az apának, s ez növeli az apa PPD-jének fokát (bár, hozzátehetnénk, ez fordítva is igaz lehet).
- e) **Az anya ambivalens viselkedése:** amikor az apa nagyobb szerepet akar vállalni a gyerek körüli feladatokban, az anya, aki elvárja ugyan a segítséget, valójában megtartja a kontrollt a helyzet felett, és kevés teret enged az apának, ez is hozzájárulhat az apai PPD-hez.
- f) **A társadalmi elvárások és a saját apasággal kapcsolatos normák összeegyeztetésének nehézsége:** ez alatt elsősorban azt értik az apák, hogy otthon érzelmileg más szerepben kell megnyilvánulniuk, mint pl. a munkahelyen, és a kettő nehezen összeegyeztethető (Barclay és Lupton 1999, idézi Almássy 2014: 35)
- g) **A szexuális élet háttérbe szorulása, megszűnése:** szintén jelentős ok lehet az apai PPD megjelenésében vagy fokozódásában (Almássy 2014: 34-35).

- h) **Bizonytalan anyagiak, kevés jövedelem:** a munkavállalói szereppel és a család anyagi jóllétével kapcsolatos felelősség a gyermek születésével megnövekszik, és ennek terje az új apa vállalát nyomja (Kim & Swain 2007, említi még Oladosu 10, Almássy 2014: 34). Az apa munkanélkülisége, bizonytalan vagy alacsony jövedelme jelentős tényező a PPD kialakulásában (l. az 5. fejezetben is).
- i) **Nem tervezett terhesség** (Leathers & Kelley 2000, idézi Oladosu): növeli az apai PPD-t, ha az apa nem akarta a terhességet.
- j) **Instabil(abb) családi állapot:** a házasságban élőknél kisebb az apai PPD aránya, mint az élettársi kapcsolatban vagy a mozaikcsaládokban élőknél (Schumacher et al 2008, idézi Oladosu; Huang & Warner 2005, idézi Almássy 2014: 37). Nem világos az irány, a házasságon belüli gondok növelhetik is a PPD-t.
- k) **Gyenge társas hálózat:** támogató barátok és család esetén kisebb a PPD (Areias 1996, idézi Oladosu), az érzelmi támasz hiánya erősebb depressziós tünetekkel jár együtt (Almássy 2014: 36).
- l) **Informáltsági, képzettségi szint alacsony foka:** a terhességgel és szüléssel kapcsolatos információhiány komoly PPD-faktor, főleg az első gyerekes szülőknél (Boyce 2007, idézi Oladosu 2012), mert kevésbé tudnak felkészülni a bekövetkező változásokra. Meglepő ugyanakkor, hogy egyes kutatások szerint a második gyerekes apák sincsenek jobban felvértezve pszichésen (Koh et al. 2015).
- m) **Negatív életesemények:** bármilyen, a stresszt egyébként is növelő esemény fokozhatja az apai PPD megjelenését és elmélyülését (Spector 2006, Almássy 2014).

#### 4. Az apai PPD mérőeszközei

Jellemzően három skálát használnak a kutatók az apai PPD azonosítására és fokának megállapítására (a további mérőeszközökhöz l. Nurbaeti 2014):

- a) **EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale):** eredetileg az anyai PPD mérésére dolgozták ki. Oladosu szerint esetében „magas érzékenységi szintet (91%) and specifikusságot (78-97%) mértek férfiaknál használva” (Edmondson et al 2010, idézi Oladosu 2012). Tíz tételes, magyar mintán nem validálták, de lefordított változatát használta Almássy (2014: 42-46). Az EPDS szorongást is mér, és az apákra vonatkozóan külön vizsgálták, hogy hol húzódjon a határ a depresszió megállapításánál, 10 pont felett húzták meg (Edmondson et al. 2010).
- b) **PDSS (Postnatal Depression Screening Scale):** nők esetében szenzitívebb, férfiaknál nemigen használják (Oladosu 2012: 13).
- c) **GMDS (Gotland Male Depression Scale):** a PDSS-nél hatékonyabban méri férfiak esetében a PPD-t, de nem szülés utáni helyzetre fókuszál. 13 tételes, a hagyományos depressziós tünetek mellett a férfiakra jellemző depressziós jegyeket is méri (alacsonyabb tűrőhatár, agresszió, túlzott aktivitás, fokozott munkavégzés).

Az eddigiekből az szűrhető le, hogy még hiányzik a férfiak depressziós szimptomáira kimondottan a posztnatális helyzetben koncentráló mérőeszköz (vö. Oladosu 2012: 13).

## **5. Kulturális sajátosságok**

Az eltérő kultúrákban végzett, az apai PPD-re irányuló vizsgálatok hasznos információkat nyújtanak azt illetően, hogy a kulturális, illetve azokkal szorosan összefüggő társadalmi szintű különbségek (az apákkal kapcsolatos elvárások, hol tartózkodik az anya a szülést megelőző és azt követő időszakban) milyen módon befolyásolhatják a betegség megjelenését és lefolyását.

Nishimura munkatársaival (2015) az apai PPD-vel kapcsolatos vizsgálatok közül a negyediket végezte Japánban. 4 hónapos csecsemők szüleit vizsgálták kérdőíves módszerrel (N = 807), és úgy találták, hogy az apák 13,6%-a szenved PPD-ben. Az apai PPD pozitív összefüggést mutatott az anyai depresszióval, a gazdasági szorongással (nehéz anyagiak), a meddőségi kezeléssel (ha volt) és a mentális problémák miatti orvosi intézményben történő tartózkodással, illetve azzal, hogy mennyire elégedetlenek a házasságukkal. Nishimura & Ohashi (2010) korábban azt találták, hogy a gyermek 1 hónapos korában depresszió még nem volt kimutatható az apáknál, amit azzal magyaráztak, hogy Japánban sok helyütt él az a szokás, hogy az anya a szülés kiírt időpontja előtt egy hónappal hazaköltözik a szüleihez és ott marad a gyerek születése után is kb. egy hónapig.

Hong Kongban Koh és kollégái (2015) 622 kínai, helyben élő apát vizsgáltak meg a korai, a kései terhesség során és 6 héttel a szülés után. Mérőeszközként a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) szorongás alszkalájának kínai változatát választották (lényeges tehát, hogy alapvetően szorongást néztek, nem depressziót). Eredményeik szerint 6 héttel a szülés után az apák 14,2%-a mutatott szignifikáns szorongást (a szint folyamatosan nőtt a korai terhességtől kezdve). Akárcsak a japán vizsgálatban, itt is nagyon meghatározó volt a jövedelemszint, ami a szorongásszint szignifikáns bejósolója volt, akárcsak a házasságbeli stressz, az alacsonyabb önbecsülés, a társas támogatás hiányos volta (az apáknál csak a szülők jönnek szóba segítségként), a munka-család egyensúly hiánya, az anyai szorongás/depresszió megléte (ennek szintje pozitívan korrelált az apai PPD-vel), valamint az apa fiatalsága. Az utóbbit a szerzők úgy magyarázták, hogy azért függ össze az apai PPD-vel, mert a fiatalabb apák kevesebbet keresnek, és nincs akkora társas támogatásuk és magabiztosságuk, mint idősebb társaiknak. Többváltozós elemzéseik szerint azonban érdekes módon nem az anyai vagy a demográfiai rizikótényezők jósolták be erősebben az apai szorongást, hanem a pszichoszociálisak (az önbecsülés erőssége, a társas támogatás foka, a házassággal való elégedettség mértéke, a munka-család konfliktus erőssége). Ugyancsak figyelemreméltó szempont, hogy a depressziós apák sokszor panaszkodnak információhiányra: az anyák számára gazdagabb a szüléssel kapcsolatos információk

tárháza, illetve az egészségügyi források „anyaorientáltak”, az apák tehát több információt igényeltek volna, hogy felkészüljenek a szülői szerepre. Végezetül két kulturális magyarázat, ami hipotéziseinkkel is szorosan összefügg: a hagyományos kínai értékrend szerint a családról anyagi értelemben az apa gondoskodik, és bár a gyerek nagy érték, Hongkongban nagyon sokba kerül akár csak egyetlen gyereket is felnevelni, tehát az ottani apákat örömeztük mellett erős szorongással tölti el egy gyermek születése. A többször említett munka-magánélet egyensúly megtartása pedig Hongkongban különösen nehéz, mivel a munkaórák száma és a munkahelyi minőségi elvárások extrém magasak.

Mexikói-amerikai apák egy csoportját (N = 93) vizsgálva Roubinov és munkatársai (2014) arra mutattak rá, hogy a munkanélküliség/alacsony jövedelem és a bevándorló státus az apai PPD-t súlyosbító tényezők. Kutatásuk érdekessége, hogy kimondottan az alacsony fizetéssel bíró apákat vizsgálták gyermekük 15 és 21 hetes kora között, és 9% volt körükben a PPD prevalenciája. E családokban csak az apák vállaltak állást, az anyák nem. A latin férfiak esetében a tradicionális macho felfogás (machismo) még mindig igen elterjedt, és kutatások szerint az ezzel az értékrenddel jobban azonosulók esetében magasabb a (nem posztpartum) depresszió szintje általában (Fragoso & Kashubeck 2000, idézi Roubinov et al. 2014)

Barclay & Lutton (1999) a hagyományos apasággal szembeállítva új apaságnak (new fatherhood) nevezi a nyugati társadalmaknak azt a jelenségét, hogy az apáktól már nemcsak a kenyérkereső, de a gyerekek gondozásában és nevelésében aktívan részt vevő szülői szerepet is elvárják (hozzátennénk: akárcsak a nők többségétől is, főleg olyan országokban, ahol egyetlen fizetés nem elegendő a család megélhetésének biztosításához). A kutatók 15 ausztráliai apát vizsgáltak félig strukturált interjú módszerrel az első gyermekük születése előtti pár napban annak fél éves koráig (összesen négy alkalommal). Ezek az apák arról számoltak be, hogy a gyermekeik első heteiben/hónapjaiban inkább nehezték érezték, mint jutalmazónak (csalódottak voltak és frusztráltak), noha az apaságuknak nagyon örültek. Leginkább a munka és magánélet közti balanszírozást érezték problémásnak, hogy elegendő időt találjanak arra, hogy a gyerekükkel lehessenek. Azt mondhatnánk, hogy ezek a nehézségek a dolgozó nők számára is ugyanúgy léteznek (különösen a gyermekük születése után 6 vagy 12 héttel ismét munkába állók), de egy lényeges különbség azért van: ami a lehetséges mintákat illeti, a nők minimum néhány évtizednyi előnnyel bírnak e téren (valójában a nők mindig is dolgoztak, a „csak” anyaként funkcionálás egy szűk réteg számára érhető el ma is).

## **6. Az apai PPD hatása a gyermekre**



Az apai PPD-re olyan viselkedéses jegyek jellemzőek, amelyek a melegség, az érzékenység, a válasz készség alacsony fokaként/hiányaként írhatók le, és tipikus vonás az ellenségesség (barátság talanság) is (Oladosu 7, Wilson & Durbin 2010, idézi Oladosu). A depressziós apák alacsonyabb szinten vonódnak be a gyerekkel közös aktivitásokba (Paulson et al. 2006, idézi Nishimura et al 2015), például kevesebbet olvasnak nekik vagy játszanak velük, és inkább a fizikai fegyvelmezést választják a csecsemők és kisebb gyerekek esetében is (Davis et al. 2011). Ezek a jellemzők főleg a fiúgyerekek fejlődése esetében bizonyulnak meghatározónak, és az általuk kiváltott problémák a gyermek óvodás- és iskoláskorában válnak jelentősebbé (Hanington et al 2010, Almásy 2014: 37-38).

A különböző kutatások az alábbi tényezőkben mutattak ki negatív hatást a gyerekeknél az apai PPD-vel összefüggésben (az egyes területek átfedhetnek egymással, mivel az érzelemszabályozás stb. kihat a társas kapcsolatokra):

- **Érzelemszabályozási problémák, kontrollgyakorlási nehézségek** (Cabrera et al. 2000, idézi Almásy 2014: 37): ha az apa depressziós a gyerek születése után 8 héttel, az esély a gyerek 3,5 éves korában a viselkedésbeli és érzelmi problémákra a kétszeresére nő, a mentális betegségekre a gyermek 7 éves korában az 1,7-szeresére (Ramchandani et al. 2005).
- **Hangulat- és temperamentumzavarok** (Hanington et al 2010): Hanington és munkatársai (2010) hatalmas mintán (ALSPAC, N = 14663, l. fentebb is), a gyermekek 6 és 24 hónapos korában végzett, az anyai és apai PPD-sre irányuló vizsgálatukban megállapították, hogy a szülői, így az apai PPD-nek a gyerek temperamentumára gyakorolt hatása szignifikáns: a 24 hónapos gyerek hangulati jellemzőit a gyerek 6 hónapos korában mért apai PPD egyértelműen bejósolta. Lényeges, hogy ennek fordítottját is nézték, tehát a gyermek temperamentumának a hatását a szülőkre, de itt nem találtak összefüggést. Figyelemreméltó, hogy bár a temperamentumot alapvetően örökletesnek vélik a kutatók, azt mégis jelentősen befolyásolhatja a szülők viselkedése: a depressziós szülők gyermekei gyakrabban jellemezhetők nehéz temperamentummal/természettel, és e gyermekek a későbbi életük során is inkább szenvednek depressziós tünetektől (i. m. p. 89).
- **Hiperaktivitás:** az apai PPD negatívan hatott a hiperaktivitásra a gyermek 6 éves korában (a Strength and Difficulties Questionnaire-rel mérve, l. Ramchandani et al. 2008).
- **Társas kapcsolatok:** a gyermek proszocialitása és baráti kapcsolatai esetében ugyanúgy, mint az előzőekben, az apai PPD negatív hatása volt megfigyelhető (Ramchandani et al. 2008).

Kérdéses természetesen, hogy ha általában a szülőpárok fele esetében nemcsak az apa, de az anya is mutat PPD-s tüneteket, hogyan választható szét érdemben szét az anya és az apa

hatása. Az biztos azonban, hogy ha mindkét szülő érintett a PPD-ben, a gyerekre gyakorolt negatív hatás annál nagyobb.

Egy további észrevétel: az erősen szorongó, illetve depressziós szülőket jellemzően úgy írja le a szakirodalom, mint akik csekély(ebb) mennyiségű interakciót mutatnak gyermekeik irányába, ugyanakkor a depresszióknak létezik egy másik megnyilvánulási formája, ez pedig a túl(zott) reagálás, túlzott válaszadás („overresponse”) (pl. Karl 1995) a gyermek jelzéseire (ahogyan egyéb tényezőkre is: bármiféle stresszre stb.). PPD-s apák esetében kevésbé vizsgálták, hogy jelentkezik-e és miként, esetleg hogy az agresszió/düh megjelenésén kívül más formája is megfigyelhető-e.

## **7. Következtetések**

Az apai PPD-re vonatkozó kutatásokat röviden úgy összegezhetjük, hogy bár a biológiai változások is relevánsak, az apák esetében a depressziót elsősorban komplex pszichoszociális tényezők váltják ki, amelynek meghatározó részét teszik ki az „új apasággal” kapcsolatos nehézségek (a tényleges újapa-szerep, a változó férfi genderszerepek, vagyis az az egyre erősebb elvárás, hogy a férfiak is ugyanúgy kivegyék a részüket a családi feladatokból, a gyereknevelésből, mint a nők). Ez az elvárás a férfiak esetében azért szülhet extra feszültségeket, mert évezredekig másfajta szerepkörben tevékenykedtek, ezért úgy érezhetik, hogy az új elvárásnak szinte lehetetlen megfelelni (egyszerre fő kenyérkeresőnek maradni, és közben az anyával kvázi-egyenlő mértékben kivenni a részt a gyereknevelésből és akár a háztartási feladatokból is).

Úgy véljük, hogy a dolgozat elején megfogalmazott hipotéziseket a kutatások valószínűsítik, mivel találtunk bennük arra való utalásokat, hogy mind az új apasághoz kapcsolható tényezők (munka-magánélet egyensúlyának megteremtése, érzelmi kapcsolatok minősége stb.), mind a hagyományos férfiszerepek (pl. a machismo) egyes jellemzői az apai PPD magyarázó faktorai lehetnek. Innen nézve azok a tervek a leginkább ígéretesek, amelyek az idevágó preventív és segítő eszközök tárházát gazdagítják (pl. az apák monitorozása PPD szempontjából), és a családot tagjainak egymáshoz való viszonyrendszerében vizsgálják.

## Irodalomjegyzék

Almássy Zs. (2014). *Nehézségek a szülővé válás útján: a férfiak depressziójának vizsgálata normatív és paranormatív krízis mentén*. Doktori értekezés. Debrecen: Debreceni Egyetem BTK.

Barclay, L. & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: A socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1013–1020.

Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka 2006. Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, father's personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 24: 21–29.

Cochran, S. W. & Rabinowitz, F. E. 2003. *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.

Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L. & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviours with 1-year old children. *Pediatrics*, 127 (4), 612–618.

Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E. & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125, 365–368.

Fragoso, J. M. & Kashubeck, S. (2000). Machismo, gender role conflict, and mental health among Mexican American men. *Psychology of Men and Masculinity* 1: 87–97.

Hammarlund, K., Andersson, E., Tenenbaum, H. & Sundler, A. J. (2015). We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. *Pregnancy and Childbirth*, 15: 290

Hanington, L., Ramchandani, P. & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33, 88–95.

Karl, D. (1995). Maternal responsiveness of socially high-risk mothers to the elicitation cues of their 7-month-old infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 10: 254–263.

Kim, P. & Swain J. E. (2007). Sad dads. Paternal postpartum depression. *Psychiatry: Matrix Medical Communication*, 4, 35–47.

Koh, Y. W., Lee, A. M., Chan, C. Y., Fong, D. Y. T., Lee, C. P., Leung, K. Y. & Tang, C. S. K. (2015). Survey on examining prevalence of parental anxiety and its risk factors in perinatal period of Hong Kong: a longitudinal study. *Public Health*, 15: 1131

Murinkó, L. 2014. A nemi szerepekkel és a családdal kapcsolatos attitűdök európai kitekintésben: értékek és gyermekgondozás. *Szociológiai Szemle* 2014 (1), 67–101. [http://www.szociologia.hu/dynamic/murinko\\_67\\_101old.pdf](http://www.szociologia.hu/dynamic/murinko_67_101old.pdf)

Nishimura, A. & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 12: 170-176.

- Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A. & Ohashi, K. (2015). Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *Pregnancy and Childbirth*, 15: 128
- Nurbaeti, I. (2014). Paternal postpartum depression: A concept analysis. *International Proceedings of Social and Behavioral Sciences* 2: 123–130.
- Oladosu, T. (2012). *Paternal postnatal depression*. <http://www.rcpsych.ac.uk/docs/Paternal%20postnatal%20depression.doc>
- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303: 1961-1969.
- Paulson, J. F., Dauber, S., Leiferman, J.A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118: 659–668.
- Ramchandani, P. G., Stein, E. J., O'Connor, T. G. & ALSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005 (365): 2201-2205.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray L. & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 390-398.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28, 471–477.
- Raskin, Richman & Gaines 1990. Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *American Journal of Psychiatry*, 147 (5): 658–660.
- Roubinov, D. S., Luecken, L. J., Crnic, K. A. & Gonzales, N. A. (2014). Postnatal depression in Mexican American fathers: demographic, cultural, and familial predictors. *Journal of Affective Disorders*, 152-154: 360-368.
- Spector, A. Z. (2006). Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 (8): 867–883.