

## „Depresszió a nő egyes életszakaszaiban”

*Előadók:*

DR. ÁDÁM ZSOLT egyetemi adjunktus  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. BELSŐ NÓRA egyetemi adjunktus  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Vasculáris Neurológiai Tanszék Pszichiátriai Munkacsoport

DR. BITTER ISTVÁN egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem  
Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika igazgatója

CSORDÁS ÁGNES vezető védőnő, elnök  
Magyar Védőnők Egyesülete

DR. FÜREDI JÁNOS egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem  
Általános Orvostudományi Kar Vasculáris Neurológiai Tanszék  
Pszichiátriai Munkacsoport vezetője

DR. KOPP MÁRIA egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem  
Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet  
igazgatója

DR. C. MOLNÁR EMMA egyetemi docens  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. SZAKÁCS KATALIN tanácsadó pszichiáter  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. SZEVERÉNYI PÉTER egyetemi docens  
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Budapest, 2005. december 15.

## *A nő hangulati betegségei a serdülőkortól az idős korig*

A női életszakaszok mint az életszakaszok általában más és más kihívást, feladatot és megoldást hordoznak magukban. Ezek csakis akkor élhetőek meg egészséges módon, ha ezek az egészség megszerzését, megtartását hordozzák.

A nemi éréstől kezdve megjelenő életkori szakaszok és a kapcsolódó kihívások, feladatok:

a) *Serdülő- és ifjúkor*: 12–20. életév. A serdülőkori kihívása az identitás megszerzése. Feltámad az érdeklődés a másik ember, a másik nem iránt, elsőként még plátói, később konkrét, partnerkereső szinten. Ez az életszakasz az Én és a Te típusú konfrontációk időszaka. A serdülőkori második felében az önállóság megszerzése érdekében előbb kapcsolati, környezeti érzelmi válságok jelentkeznek, mélyülnek el, majd a családtól való (belső vagy külső) elszakadás következik be.

b) *Fiatal felnőttkor*: 21–25. életév. Ez az időszak kedvez az új intimitás és a pályairányultság kialakításának. Az Én megszilárdítása, a világ előtti megjelenítése fontos, a fiatal megházasodik, gyermeke(ke)t vállal. Igyekszik megvalósítani belső értékeit, megszilárdítani helyzetét.

c) *Felnőttkor*: 26–60. életév. Az alkotókészség kiépítése, bizonyítása a fő feladat. Az Én, mint szabad, független személyiség jelenik meg, és lép ki a nyilvánosság elé. Fontos, hogy hasonló értékekkel, gondolatokkal rendelkezőkkel létesítsen kapcsolatot és lépjen javító szándékával a nyilvánosság elé.

d) *Időskor*: a 60. életévtől a halálig tart. A korai és késői időskor feladata az értékek felmutatása és az integráció. A kemény, szilárd személyiségvonásokra kevésbé van szükség, feloldódhat a környezetben. Tökéletes önzetlenséggel adhat magából mindent, ami másoknak még hasznos lehet. Ennek a köztudatban élő képe a segítő, szerető nagyszülő.

A különböző életszakaszok, életesemények stresszértékei jelentősek. Íme, közülük néhány, súlyértékük alapján felsorolva: házastárs halála, válás, börtönbüntetés, baleset vagy betegség, házasodás, állásvesztés, nyugdíjba vonulás, terhesség, új családtag születése, közeli barát halála, gyermek önállósulása (távozása a szülői házból), változás az illető személy megszokott tevékenységében, üdülés, karácsony. A felsorolásból is nyilvánvaló, hogy a pozitív, előremutató változások is stresszkeltő tényezők.

A terhesség és a szülés okozta változás érzelmi-hangulati életre gyakorolt kedvezőtlen (betegítő) hatását először Hippokrátesz említi i. e. 400 körül. Marcé 1598-ban írja le a „szoptató anyák tébolyát”, majd E. Kraepelin (1856–1926) fejt ki, hogy nem különálló betegségről van szó.

A nők életében a reprodukciós kor kezdetétől a menopauzáig a ciklusos hormonváltozások, közben a terhesség, a gyermekágyas időszak hormonhatásai újra és újra az egész szervezetet érintő és ezen keresztül az érzelmi-hangulati életet is befolyásoló változó hatásokat jelentenek. A menstruáció, a reprodukív hormonok és a limbikus rendszer közötti interakció egyre inkább feltárt területe a medicinának. A női szervezetben lezajló hormonális folyamatok és a nőt érintő társadalmi, kapcsolati stresszhatások interakciói keretében értelmezhetőek akár a pszichiátriai zavarok, akár a szülészeti és nőgyógyászati betegségek.

### *A depresszió, korunk népbetegsége*

Ma a világon 450 millióra becsülik a pszichés betegek számát. A munkaképesség-csökkenés leggyakoribb oka a major depresszió. Ez a megbetegedés ma a negyedik a tíz legnagyobb társadalmi terhet jelentő betegség közül, de az előrejelzések szerint 20 éven belül a második helyre fog kerülni. A világon évente 10–20 millió ember kísérel meg öngyilkosságot. Közülük évente egymillióan – közöttük serdülők és fiatalok – halnak meg az öngyilkosság miatt.

A depresszió kezelésének elengedhetetlen feltétele a megfelelő, pontos diagnózis felállítása. A depresszió felosztása: a) „*minor*” depresszió, disztímia b) „*major*” depresszió, mely utóbbi lehet *unipoláris* vagy *bipoláris* kórforma. A depresszió fontosságát nemcsak a betegség természete, hanem az öngyilkosságban játszott szerepe is adja. A major depresszióban szenvedők 65–75%-a hal meg öngyilkosság következtében, szemben a szkizofrén (12–15%) és az alkohol/drog betegek (8–32%) öngyilkossági arányával. A nemzetközi összehasonlító statisztikai adatok egyértelműen jelzik, hogy az elmúlt 50 évben a sikeres öngyilkosság a férfiak körében gyakoribb, mint a nők körében, és mindkét nemnél az érett felnőtt populációban a legmagasabb.

A 15–44 éves korosztályban a valamennyi megbetegedés által okozott veszteség 30%-a származik a lelki egészség zavaraiából, és ez az arány ötször nagyobb, mint a szív-érrendszeri megbetegedések által okozott veszteség, és hét és félszer több mint ami a daganatos betegségek következménye.

Mitől válhatott a depresszió népbetegséggé? Mi magyarázhatja, hogy a magyar felnőtt népesség körében végzett epidemiológiai vizsgálatok szerint (rövidített Beck Depresszió Skálával mérve) a súlyos, feltétlenül kezelésre szoruló depressziósok aránya 1988-ban 2,9% volt, és ez 1995-re 7,3%-ra emelkedett? A magyar lakosság testi és lelki egészségi állapotát, ennek pszichológiai, szociális és életmód háttértényezőit vizsgálták az ún. Hungarostudy felmérések keretében. A 2002-es felmérés eredményei szerint a 18 évesnél idősebb népesség 27,3%-a panaszkodik depressziós tünetekről, klinikai depresszió 12,9%-ban, súlyos depresszió 7,3 %-ban fordult elő. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága az életkorral igen nagymértékben emelkedik. Az iskolázottság mértéke a depressziós tünetegyüttes legfontosabb előrejelzője. Az iskolázottság, az elsajátított kommunikációs készségek, a kapcsolati háló, a megbirkózási készségek igen fontos lelki megelőzési, egészségmegőrző tényezőnek tekinthetők, bár nyilvánvalóan a magasabb iskolai végzettségűek családi hátterében, gyermekkori szocializációjában is jelentős különbségek vannak. Érdekes módon mind az alacsony iskolázottság, mind a társadalmi-gazdasági helyzet egyéb jellemzői a férfiak esetében szorosabb kapcsolatban állnak a depressziós tünetegyüttes gyakoriságával, mint a nők esetében.

Elsősorban a szív-érrendszeri megbetegedések esetében, de az összes halálozás szempontjából is elsősorban a depresszió, de a szorongás kockázati szerepe is bizonyítható. A legtöbb vizsgálat a kardiovaszkuláris megbetegedések és a depresszió összefüggéseit bizonyította, de a depresszió kockázati szerepe más megbetegedések esetében is jelentős, így a daganatos megbetegedések kórlefolrásának súlyosbításában is. Szintén bizonyítottak tekinthető a csontok ásványianyag sűrűsége és a depresszió közötti összefüggés, azaz depresszió esetén az oszteoporózis veszélyeztetettség fokozódása, amelynek első leírása Holló István professzortól származik.

A férfiak önértékelésében a saját anyagi helyzetük, sikerességük sokkal fontosabb helyet foglal el, mint a nőkben, és a viszonylagos lemaradás sokkal súlyosabb depressziós tüneteket és rosszabb egészségi állapotot eredményez. Ezt nevezzük státusz szindrómának. A nőknek anyagi helyzetükkel való elégedetlensége jelentősen fokozza a férfiak depresszióját és egészségromlását, a nők magasabb iskolai végzettsége viszont védőtényező a férfiak számára. Az aktív korosztályban a munkahelyi bizonytalanság, a kontrollérzet hiánya és a munkatársaktól kapott társas támogatás alacsony szintje a depresszió igen szignifikáns előrejelzője. A nők számára a főnökkel való elégedettség fontosabb védőfaktor,

mint a férfiak számára. A munkahelyi túlterheltség, különösen a hét végi munka igen jelentősen fokozza mind a depresszió kockázatát, mind a korai egészségromlás valószínűségét.

### *A depresszió farmakoterápiája*

Az utóbbi évtizedek jelentős változást hoztak a depresszív megbetegedés megértésében és farmakoterápiájában. A depresszió betegség, melynek viszonylag széles a tüneti megnyilvánulása. A „normális” szakot tünetegyüttes szindróma tarkítja, mielőtt kialakul az akut fázis. A megfelelő időben, jól megválasztott antidepresszáns kúra hatására viszonylag hamar (2-4 hét) megjelenik a jó válasz (remisszió). Az antidepresszív kezelés kezdetekor azonban a betegek állapota romolhat, pl. izgatottság jelenhet meg. Ez különösen az öngyilkossági veszélyeztetettség szempontjából jelentős. Sok esetben a kezelést a szorongás, izgatottság, alvászavar tüneteinek enyhítése céljából ki kell egészíteni benzodiazepin származékok adásával is. A remisszió szakaszában a beteggel és családjával meg kell értetni, hogy a gyógyszer folytatására és fenntartó kezelésre tartósan szükség van.

Fontos, hogy a depresszió kezelése során magát az alapbetegséget kezeljük, és ne a tünetek színésége után menjünk. Ne adjunk meprobamatot, antipszichotikumokat, antihisztamin szereket. Az antidepresszáns választásánál tekintettel kell lenni nemcsak a depresszió fajtájára (unipoláris vagy bipoláris), hanem a nemi különbségekre is, elsősorban a nőgyógyászatban is használatos szerekkel (pl. fogamzásgátlók) való kölcsönhatás, valamint egyéb mellékhatások jelentősége miatt.

### *A nőiesség átélése és a depresszió*

A depresszió prevalenciájában a nők és férfiak aránya 2:1. Ez az arányeltolódás a reprodukciós korban fennálló különbségből adódik, ugyanis gyermek- és időskorban az arány 1:1. Kérdés, hogy csupán biológiai vagy kulturális és társadalmi hatások is szerepet játszanak a nők fokozott érzékenységében? A nemi érettségtől a menopauza bekövetkeztéig a hormonciklusok, az életciklusokon belül a reprodukció történései (terhesség, szülés, szoptatás) jelentős hormonhatások alá helyezik a nő érzelmi-hangulati életét. Az arányeltolódás azonban nemcsak biológiai, hanem a nőiesség megélésén keresztül önértékelésbeli,

partnerkapcsolati, érzelmi-hangulati okokra is visszavezethető, sőt mindezek kölcsönhatásának eredménye. A nemi azonosságtudat kialakulásában, megélésében jelentős a kultúra (nemek megítélése, nemek komplementaritása, másfelől versengése, nemi azonosságtudat és az életkor összefüggése stb.) és az aktuális kultúrát közvetítő család (névválasztás, születési nem és nevelt nem, nemi sztereotípiák, apa–anya kölcsönös viszonya stb.) szerepe. A nő a kultúra és a család által megalapozott nemi azonosságtudattal és önértékeléssel indul önálló életébe, mely lehet: a) *autonóm* (alapvetően pozitív vagy dominánsan negatív), b) *dependens*, függő (ambivalens-megzavart, labilis-kiszolgáltatott). A nőiesség megélésének stresszkeltő okai között jelentős szerepet játszanak a nemi azonosságtudat és önértékelés érzelmi összetevői is.

Az affektív zavarok gyakorisága a nőknél: a) premenstruális tenzió, diszfória (PMS, PDD 50–70% tüneti és 3–8% klinikai), b) postpartum „blues”-gyermekágyi lehangoltság (PPB 50–60%), c) gyermekágyi pszichózis (laktációs pszichózis 0,1%), d) postnatalis depresszió (PND 5–15%), e) perimenopauzális depresszió (15–30%), f) meddőségi kezeléshez társuló hangulatzavarok (IVF depresszió 15–30%).

A nők érzelmi-hangulati életének alakulását az ösztrogén jelentősen befolyásolja. Ismereteink szerint az ösztrogén hatásai a központi idegrendszerre: a) a vér-agy gát modulálása, b) az agyi vérátáramlás szelektív befolyásolása, c) a neuron glükóz és  $O_2$  felvételének fokozása, d) a glia sejtekre gyakorolt hatás, e) az ioncsatornák befolyásolása, f) a szinaptogenezis és a dentrit növekedés fokozása, g) a neurotranszmitterekre és receptorokra gyakorolt hatás, h) az intraneuronális jeltovábbítás modulálása, i) gén expresszió.

A női szervezetben lezajló hormonhatások – szoros kapcsolatban a központi idegrendszer működésével – jelentős hatással vannak az érzelmi-hangulati életre, illetve a ciklushoz kapcsolódó betegségekre. E hatások jellegzetessége, hogy a fizikális tünetek ciklusosan jelentkeznek (a menstruációs ciklus speciális – egyénre jellemző – szakaszában), kb. 1 hét időtartamúak, jelentős distresszt és a beteg számára szenvedést okozva befolyásolják a mindennapi szokásos tevékenységét.

A hormonciklus-változások más alapbetegségekre is kihatnak és azok tüneterősségét befolyásolják (Pl. epilepszia, fibromyalgia, asztma, SM, migrén, porfíria, pánik, fóbiák stb.).

## *A perinatalis depresszió. A sikertelen terhesség hatása az érzelmi-hangulati életre*

A terhesség során és a szülést követően rövid idő alatt fontos testi és lelki változások mennek végbe a nő szervezetében. Ezek a változások néha túlzott mértékben igénybe veszik az alkalmazkodóképességet, és különböző jellegű pszichiátriai kórképek jelenhetnek meg. Az irodalmi adatok azt jelzik, hogy a terhesség folyamán a depresszió gyakorisága meghaladja a 10%-ot. A gyakoriság a terhesség egyes trimesztereiben nem változik lényegesen. A szülést követően az affektív kórképek 3 csoportja különíthető el: 1. a szülés utáni lehangoltság, 2. a szülés utáni major depresszió, 3. a szülés utáni pszichotikus depresszió.

A szülést követő napokban jelentkező gyermekágyi *lehangoltság* gyakorisága 30–80% körül becsülhető. A hullámzó hangulat, feszültség, ingerlékenység, sírósság, kontroll nélküli érzelemkitörések, fokozott érzékenység tüneteivel jelentkező átmeneti kórkép jelentőségét az adja meg, hogy belőle kb. az esetek 20%-ában major depresszió alakul ki. A *postpartum major depresszió* a gyermekágyas nők 10–15%-át érinti, de gyakran nem kerül felismerésre, pedig gyógyszeres és/vagy pszichoterápiás beavatkozást igényelne. A depressziós tünetek a szülést követő egy éven belül jelentkeznek – leggyakrabban a 2-3. hónapban a szülést követően. A *postpartum psychosis* ritkán fordul elő (1-2 ezrelék), de *a szülés utáni* napokban jelentkező kórképet gyorsan kibontakozó, súlyos *pszichotikus tünetek* jellemzik.

A magas prevalencia és incidencia arra hívják fel a figyelmet, hogy a perinatalis depresszió kérdésével hazánkban is foglalkozni kell. Az egyén, a pár, a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük. Ez azt jelenti, hogy már a terhesség során is kell a depresszióra gondolni. Ebbe beletartozik a gondos egyéni és családi anamnézis felvétele is. A szülést követően a kockázati tényezők felismerése jelentősen segítheti a depresszió súlyosabb formáinak megelőzését. A rizikótényezők között a következőket kell megemlíteni: a társas támasz hiánya (egyedülállók), alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség, szövődményes terhesség, koraszülés (retardatio), műtétes szülésbefejezés, a saját szülés negatív minősítése („nehéz” vagy „nagyon nehéz” szülés). Ha ilyen esetekben a gyermekágyas a családtól, illetve a szülészeti intézménytől több odafigyelést, támogatást, segítséget kap, a depresszió elkerülhető.

A major és minor depresszív periódusok megjelenhetnek akár a terhesség során akár a szülést követő első évben, és sajnos gyakorta nem kerül felismerésre, mert tüneti képe sok átfedést mutat a fiziológiás terhességi és gyermekágyi állapottal. A reprodukció alatt a depresszió prevalenciája: terhesség alatt 5–25%, szülést követően 10–20%. A terhesség alatt vagy a szülést követően kialakuló depresszió 20%-ban chronikus depresszív kórképben folytatódik. További 50%-ban ismételt depresszív syndroma alakul ki. A perinatalis depresszió tünetegyüttes jellemzője, hogy a tünetek részben megegyeznek a depresszív kórkép jellemzőivel (nyomottság, szomorú hangulat, a régebben kedvelt tevékenység iránti érdeklődés részleges vagy teljes elvesztése, étvágy- és testsúlyváltozás, alvászavar, energiaszint változás, emlékezetromlás, döntésképtelenség, értéktelenség és büntudat érzés, suicid gondolatok), másfelől vannak az anyasággal és a gyermekkel kapcsolatos jellemző tünetek is (terhességgel, gyermekkel kapcsolatos szélsőséges ambivalencia, az újszülött jelzéseinek félreértelmezése és értékelése, a szociális támogatás elégtelenségével kapcsolatos panaszok).

### ***A perinatalis depresszió és szorongás szűrése és a szülési fájdalomtól való félelem gondozása***

A kórkép szűrése és a kiszűrt esetekkel való foglalkozás mind az anya, mind gyermeke, mind a család szempontjából egyaránt jelentős. A család, sőt maga az anya is általában élettanilag megalapozottnak tekinti állapotát, nem gondol önálló betegségre. A perinatalis depresszió felismerésének lehetőségei: a) a kockázati tényezők a terhesgondozás során felismerésre kerülhetnek (korábbi depressziós betegség, társas támogatás hiánya, kedvezőtlen élethelyzetek, nem kívánt terhesség, terhelő szülészeti anamnézis, fiatal életkor) b) gyermekágyas időszakban szűrés (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kifejezetten a perinatalis depresszió szűrésére kifejlesztett kérdőív segítségével).

A terhesgondozás során ugyancsak kiemelt feladat a szorongás szűrése. A szorongás az élethelyzetre vonatkozóan „tárgyiasul” (bizalomhiány az ellátással kapcsolatban, félelem és alkalmatlanság a vajúadás és szülés folyamán, fájdalomtól való félelem, félelem az önkontroll-vesztéstől).

A terhesgondozás feladatkörébe kell illeszteni: a) a perinatális depresszió szűrését, b) a várandós nő pszichoszociális körülményeinek megismerését, c) a szorongás, a szülési fájdalomtól való félelem „kezelését”. Az új feladatok alapján a terhesgondozás csapatmunka, melyhez nélkülözhetetlen a pszichológus, a védőnő és a szociális munkás együttműködése.

### ***Az anyai depresszió hatása az anya–gyermek kapcsolatra***

A már a terhesség időszaka alatt kialakult család–védőnő kapcsolat alkalmas arra, hogy a szülést követő időszakban a védőnő az anya–gyermek kapcsolat érdekében az anya érzelmi-hangulati életét is ismerje és a negatív változásokat (szülés utáni kedvetlenség, gyermekágyi depresszió, gyermekágyi pszichózis) is felismerje. Ez különösen fontos azért, mert az anya depressziójából adódó negatív hatások meghatározzák az anya–gyermek kapcsolat milyenségét, a nevelési módszereket, a családi légkört.

Az anya depressziója elsősorban szorongásban, irritabilitásban, alvászavarban, levertségben, a külvilágtól való elzárkózásban, súlyos esetben a gyermek iránti agresszióban vagy öngyilkossági gondolatokban ölthet testet. Az anya depressziója tönkretelheti a családi életet, a férj–feleség és szülői társi kapcsolatot.

Az anya szoptatási készsége ilyenkor romlik, a csecsemő súlygyarapodása csökken, vagy elmarad. Az ilyen csecsemő nyugtalan, rosszul alvóvá válik. Mindez tovább rontja az anya önértékelését, depressziója fokozódik (előfordul, hogy emiatt bántalmazza gyermekét). Az érzelmileg hanyagoló, örömtelen és negatív töltésű anya–gyermek kapcsolatban a nyiladozó elméjű csecsemő sérül.

### ***Nőgyógyászati kórképek és a depresszív tünetegyüttes***

A depresszív megbetegedés gyakran jelentkezik olyan panasz- és tünetegyüttes képében vagy jár vele együtt, mellyel a beteg nőgyógyászhoz fordul. A depresszió okozta hormonális elváltozások hatással vannak a nemi szervek működésére. Befolyásolhatják a ciklus jellemzőit, kihathatnak a fertilitásra. Más esetekben a nőgyógyászati betegség a szervezet erőtartálékainak kimerülésén keresztül depressziót okozhat. A depresszió a testi panaszok érzékelését is befolyásolhatja.

A nőgyógyász betegei esetében különböző formákban találkozhat a depresszióval:

1. *Depressziós nővel*, aki elhanyagolja a testét és esetleges betegségét.

2. *Szomatizált depresszióval*. Ezekben az esetekben a hangulatzavar nem feltűnő. Előtérben a fáradékonyság, az alvászavar és különböző fájdalmak állnak. Szervi elváltozások nem vagy alig találhatók, illetve magát a „hangos” panaszt nem indokolják. A panaszok általában antidepresszáns vagy pszichoterápiás kezelésre jól reagálnak.

3. *Szomatopszichés* alapon kialakuló depresszióval, melynek három, viszonylag jól körülírható formáját különböztetjük meg lélektani szinten:

a) *Hiányállapotok*: Hiánytünetként jellemezhető érzelmi zavart okozhatnak a ciklus zavarai, a vérzészavarok, az anovulációs kórképek.

b) *Elutasítást tartalmazó állapotok*: Az elutasítás érzelmi folyamatát indítják be az elsősorban fájdalom-szindrómával jellemezhető kórképek, mint például az alhasi fájdalmak, a dyspareunia, a vulvodynia.

c) *Vesztességérzést és depressziót* eredményeznek elsősorban a daganatos megbetegedések és a műtét utáni állapotok, de veszteségérzést okozhat a fiziológias menopauza is.

A beteg panaszainak megértése és gyógyítása érdekében nélkülözhetetlen a holisztikus szemlélet és gyakorlat, amely szükségessé teszi egyebek mellett a szülésznőgyógyász és a pszichiáter, pszichoterapeuta együttműködését is.

## *Megállapítások, ajánlások:*

1. A nők életében a reprodukció kezdetétől a menopauzáig a ciklusos hormonváltozások újra és újra az egész szervezetet érintő és ezen keresztül az érzelmi-hangulati életet is befolyásoló következménnyel járnak.

2. Ma a világon 450 millióra becsülik a pszichés betegek számát. A munkaképesség-csökkenés leggyakoribb oka a major depresszió. Ez a megbetegedés ma a negyedik a tíz legnagyobb társadalmi terhet jelentő betegség közül, de az előrejelzések szerint 20 éven belül a második helyre fog kerülni.

3. A depresszió kezelésének elengedhetetlen feltétele a megfelelő, pontos diagnózis felállítása. Fontos, hogy a depresszió kezelése során magát az alapbetegséget kezeljük, és ne vezessen félre bennünket a tünetek színészsége. A depresszió kezelése során ne alkalmazzunk meprobamatot, antipszichotikumokat, antihisztamin szereket!

4. A depresszió prevalenciájában a nők és férfiak aránya 2:1. Ez az arány a reprodukciós korban fennálló különbségből adódik, ugyanis gyermek- és időskorban az arány 1:1. Az arányeltolódás nemcsak biológiai, hanem a nőiesség megélésén keresztül önértékelésbeli, partnerkapcsolati, érzelmi-hangulati okokra is visszavezethető, sőt mindezek kölcsönhatásának eredménye. A női szervezetben lezajló hormonhatások – szoros kapcsolatban a központi idegrendszer működésével – jelentős hatással vannak az érzelmi-hangulati életre, illetve a ciklushoz kapcsolódó betegségekre.

5. A terhesség folyamán a depresszió gyakorisága meghaladja a 10%-ot. A szülést követő napokban jelentkező gyermekágyi lehangoltság gyakorisága 30–80%-ra becsülhető. A postpartum major depresszió a gyermekágyas nők 10–15%-át érinti, de gyakran nem kerül felismerésre. A terhesség alatt vagy szülést követően kialakuló depresszió 20%-ban chronikus depresszív kórképben folytatódik. További 50%-ban ismételt depresszív szindróma alakul ki.

6. A perinatalis depresszió szűrése és a kiszűrt esetekkel való foglalkozás mind az anya, mind gyermeke, mind a család szempontjából egyaránt jelentős. A perinatalis depresszió felismerésének lehetőségei a *kockázati tényezők* keresése és a *gyermekágyas időszakban* szűrés az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) – kifejezetten a perinatalis depresszió szűrésére kifejlesztett kérdőív segítségével.

7. A nőgyógyászati betegségek a szervezet erőtartalmának kimerülésén keresztül depresszióhoz vezethetnek. A beteg panaszainak megértése és gyógyítása érdekében nélkülözhetetlen a holisztikus szemlélet és gyakorlat, amely szükségessé teszi a szülész-nőgyógyász és a pszichiáter, pszichoterapeuta együttműködését.



**DR. PAPP ZOLTÁN**  
egyetemi tanár,  
az I. számú Szülészeti  
és Nőgyógyászati Klinika  
igazgatója