

*Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben és a depressziós
tünetek által hordozott kardiovaszkuláris kockázatban*

**Doktori dolgozat
Dr. Purebl György**

**Témavezető: Dr. Kopp Mária
Budapest, 2005**

**Semmelweis Egyetem Doktori Iskola
Mentális Egészségtudományok
Tudományági Doktori Iskola**

Szigorlati bizottság:

Dr. Füredi János elnök

**Dr. Molnár Péter
Dr. Rihmer Zoltán**

Tartalomjegyzék

1. <u>Bevezetés</u>	10
1.1 <u>Célkitűzések</u>	14
1.1.1 A depressziós tünetegyüttes gyakoriságának és súlyossági fokozatainak változása országos reprezentatív felmérések alapján 1988 és 2002 között	14
1.1.2 Nemi különbségek vizsgálata a depresszió előfordulási gyakoriságában, súlyosságában és tüneti spektrumában	15
1.1.3 Nemi különbségek lehetséges pszichoszociális hátterének elemzése	16
1.1.4. A depressziós tünetek és egyes depressziós spektrumhoz közel álló pszichológiai konstruktumok (vitális kimerültség, D típusú személyiség) kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris morbiditással való kapcsolatának vizsgálata	16
2. <u>Szakirodalmi háttér</u>	17
2.1 <u>A depressziós tünetegyüttes</u>	17
2.1.1 A depressziós tünetegyüttes fogalma, diagnosztikus kritériumai	17
2.1.2 A depressziós tünetegyüttes etiológiai modelljei	22
2.1.2.1 <i>Genetikai tényezők</i>	22
2.1.2.2 <i>Biológiai tényezők</i>	23
2.1.2.3 <i>Pszichológiai tényezők</i>	24
2.1.2.4 <i>A környezeti hatások, stressz és megbirkózás szerepe</i>	25
2.1.2.5 <i>Az elméletek integrálásának lehetséges irányai</i>	26
2.1.3 A depressziós tünetegyüttes mérési lehetőségei különös tekintettel nagy elemszámú reprezentatív vizsgálatokra és szűrővizsgálatokra	27
2.2 <u>Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben</u>	28
2.2.1 A depresszióban észlelhető nemi különbségek epidemiológiai jellegzetességei ...	28
2.2.2 A depresszióban észlelhető nemi különbségek lehetséges magyarázatai	30

2.2.2.1	<i>Genetikai háttér</i>	30
2.2.2.2	<i>Nemi hormonok</i>	31
2.2.2.3	<i>Endokrin hatások</i>	32
2.2.2.4	<i>Komorbidityási elméletek – az affektív tüneteket megelőző szorongás lehetséges szerepe</i>	32
2.2.2.5	<i>Pszichoszociális elméletek</i>	33
2.2.2.6	<i>Artefakt elméletek</i>	35
2.3	<u>A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel</u>	37
2.3.1	A depressziós tünetek és háttértényezőik lehetséges szerepe a kardiovaszkuláris betegségekben.....	37
2.3.2	Nemi különbségek a depressziós tünetek kardiovaszkuláris morbiditással való kapcsolatában.....	39
2.3.3	Egyes depressziós tünetegyütteshez közel álló, kardiovaszkuláris megbetegedések szempontjából lényeges pszichológiai konstruktumok bemutatása, és kardiovaszkuláris betegségekre gyakorolt hatásának összefoglalása.....	40
2.3.3.1	<i>Vitális kimerültség</i>	40
2.3.3.2	<i>D típusú személyiség</i>	41
2.4	<u>A vizsgálat előzményei</u>	42
2.4.1	A depressziós tünetegyüttes gyakorisága a magyar lakosság körében 1988-ban és 1995-ben, országos reprezentatív felmérések alapján.....	42
2.4.2	Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben 1988-ban és 1995-ben.....	43
2.4.3	A depressziós tünetegyüttes hatása a kardiovaszkuláris morbiditásra az 1995-ös felmérés alapján.....	43
2.4.4	A Hungarostudy 2002 tervezése.....	44
3.	<u>Módszer</u>	46
3.1	<u>A minta</u>	46

<u>3.2 MÉRŐESZKÖZÖK</u>	47
3.2.1 Szocioökonómiai státusz.....	49
3.2.2 Depressziós tünetegyüttes.....	50
3.2.3 A vizsgálat szempontjából fontos megbetegedések vizsgálata	51
3.2.4 Szorongás	52
3.2.5 Vitális kimerültség	53
3.2.6 D típusú személyiség	53
3.2.7 Megküzdési stratégiák.....	55
3.2.8 Diszfunkcionális attitűdök.....	57
<u>3.3 Statisztikai analízis</u>	57
<u>4. Eredmények</u>	58
<u>4.1 Küszöbalatti és klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes</u>	58
4.1.1 Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben.....	58
4.1.2 Nemi különbségek a vitális kimerültségben, a szorongásban és a D-típusú Személyiségben	61
4.1.3 A pszichológiai jellemzők kapcsolata a SES-sel és a korrall	62
4.1.4 A vitális kimerültség és a depressziós tünetegyüttes kapcsolata.....	63
4.1.5 A vitális kimerültség, a szorongás és a D-típusú személyiség együttes kapcsolata a depressziós tünetegyüttesrel.....	64
4.1.6 A megküzdési stratégiák és a diszfunkcionális attitűdök kapcsolata a depressziós tünetegyüttesrel	67
<u>4.2 Orvosi kezelés depresszió miatt</u>	69
4.2.1 A depressziós tünetegyüttes és a depresszió miatti orvoshoz fordulás kapcsolata	69
4.2.2 Nemi különbségek a depresszió miatti orvoshoz fordulásban.....	69

4.3 Szív- érrendszeri betegségek	73
4.3.1 A depressziós tünetegyüttes és a szívérrendszeri betegségek kapcsolata.....	73
4.3.2 A belgyógyászati és pszichés rizikófaktorok kapcsolata a szívérrendszeri betegségekkel.....	75
4.3.3 Orvosi kezelés depresszió miatt szív- érrendszeri betegségekben	77
5. <u>Megbeszélés</u>	78
5.1 <u>Küszöbalatti és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes</u>	78
5.1.1 Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben	79
5.1.2 A szocio-ökonómiai státusz és a depressziós tünetegyüttes kapcsolata.....	85
5.1.3 Nemi különbségek a vitális kimerültségben, a szorongásban és a D típusú személyiségben.....	87
5.1.4 A pszichológiai háttértényezők kapcsolata a SES-sel és korrall.	88
5.1.5 A vitális kimerültség és depressziós tünetegyüttes kapcsolata.....	90
5.1.6 A vitális kimerültség, a szorongás és a D típusú személyiség együttes kapcsolata a depressziós tünetegyüttesrel.....	90
5.1.7 A kor, a SES és a nem pszichoszociális változók mellett játszott önálló szerepe	92
5.1.8 A megküzdési stratégiák és diszfunkcionális attitűdök kapcsolata a depressziós tünetegyüttesrel	92
5.2 <u>Depressziós tünetek és orvoshoz fordulás</u>	93
5.2.1 A depressziós tünetegyüttes és a depresszió miatti orvoshoz fordulás kapcsolata.	93
5.2.2 Nemi különbségek a depresszió miatti orvoshoz fordulásban.....	94
5.2.3 Pszichoszociális háttértényezők és az orvoshoz fordulás kapcsolata.....	94
5.3 <u>A szív- érrendszeri betegségek pszichológiai háttértényezői</u>	96
5.3.1 A depressziós tünetegyüttes és a szív- érrendszeri betegségek kapcsolata	97
5.3.2 Pszichológiai tényezők összefüggése a szív-érrendszeri betegségekkel, hagyományos kockázati tényezőkkel összehasonlítva	98
5.3.3 Orvosi kezelés depresszió miatt szív- érrendszeri betegségekben.....	101

5.3.4 A vizsgálat korlátai.....	101
<u>5.4 A vizsgálatban kapott legfontosabb eredmények összefoglalása</u>	102
5.4.1 A depressziós tünetegyüttesel kapcsolatos legfontosabb eredmények rövid összefoglalása	102
5.4.2 A szív- érrendszeri zavarok és pszichológiai jellemzők kapcsolatának vizsgálatakor kapott legfontosabb eredmények összefoglalása.....	103
5.4.3 A jelen vizsgálat által felvetett, további kutatásra javasolható kérdések	104
5.4.4 Az eredmények hasznosíthatósága	107
Köszönetnyilvánítás	108
Irodalomjegyzék	109
Saját közlemények jegyzéke.....	119
Függelék	122
Összefoglaló	124
Summary.....	126

A táblázatok jegyzéke

1.1. Táblázat. A leggyakoribb képességcsökkenésért (DALY) felelős betegségek változása a Föld egész népességére vonatkozóan	12
1.2. Táblázat. A leggyakoribb képességcsökkenésért (DALY) felelős betegségek alakulása a fejlett ipari és fejlődő országokban, valamint globálisan a WHO előrejelzése alapján.....	13
2.1 Táblázat. A gyakoribb hangulatzavarok előfordulási gyakorisága strukturált kérdőíves felmérések alapján (élettartam-prevalencia). Dr Szádóczy Erika szíves engedélyével	18
2.2 Táblázat. A major depresszió előfordulási gyakorisága férfiak és nők között nagy elemszámú nemzetközi vizsgálatok szerint	29
2.3 Táblázat Kulturális és nemi különbségek a depresszió prevalenciájában a Cross National Collaborative Group vizsgálata szerint	30
3.1 Táblázat. A nemek aránya a minta különböző korcsoportjaiban.....	47
3.2 Táblázat A D típusú személyiség kérdőív magyar változatának faktorstruktúrája elsőfokú komponens analízissel, a válaszadásban véletlenszerű eloszlást mutató kérdések kihagyásával.....	55
4.1 Táblázat. A depressziós tünetegyüttes prevalenciája nem és kor szerinti bontásban.....	58
4.2 Táblázat. A depressziós tünetegyüttes prevalenciája nem és SES szerinti bontásban.....	59
4.3 Táblázat. Esélyhányados növekedés nőknél a rövidített Beck Kérdőív egyes tételeiben.....	60
4.4 Táblázat. A rövidített Beck Kérdőív faktorstruktúrája férfiakat és nőket külön vizsgálva főkomponens analízissel.....	61
4.5 Táblázat. Az egyes pszichológiai háttértényezők szocioökonómiai státusszal és korral való kapcsolata.....	63
4.6 Táblázat. A depressziós tünetegyüttes és a vitális kimerültség kapcsolata.....	63

4.7 Táblázat. Küszöbalatti és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyütteshez társuló jellemzők	65
4.8 Táblázat. A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyütteshez társuló megküzdési stratégiák és diszfunkcionális attitűdök nemek szerint.....	68
4.9 Táblázat. Az egy éven belüli, valamint a valaha történt depresszió miatti kezelések előfordulási gyakorisága a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós alcsoportban.....	69
4.10 Táblázat. Az egy éven belüli, valamint a valaha történt depresszió miatti kezelések előfordulási gyakorisága a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós alcsoportban nemek szerint	69
4.11 Táblázat. Pszichoszociális háttértényezők egy éven belül depresszióval kezelték esetében.....	71
4.12 Táblázat. A megküzdési stratégiák, diszfunkcionális attitűdök és a depresszióval orvoshoz fordulás nemek szerint.....	72
4.13 Táblázat. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága a különböző szív-, érrendszeri beteg csoportokban nemek szerint.....	74
4.14 Táblázat. Szív-érrendszeri betegségekhez társuló háttértényezők nemek szerint.....	76
5.1 Táblázat. A rövidített Beck Kérdőívvel mért depressziós tünetegyüttes pont prevalenciájának változása 1988 és 2002 között.....	78
5.2 Táblázat. A depresszív tünetegyüttesben észlelhető nemi különbségek az 1988, 1995 és 2002-es felmérések alapján.....	80
5.3 Táblázat. Különböző epidemiológiai vizsgálatokban kapott depresszió pont,- vagy periódus prevalencia értékek nemek szerint.....	81

Az ábrák jegyzéke

4.1 A depressziós tünetegyüttes kockázatnövekedése nőknél férfiakhoz viszonyítva.....	59
4.2 Ábra. Nők esélynövekedése férfiakhoz viszonyítva vitális kimerültség, szorongás, és D típusú személyiség esetén.....	62

4.3 Ábra. A küszöbalatti depressziós tünetegyüttes pszichológiai háttértényezőinek esélyhányadosai férfiakat és nőket külön vizsgálva	66
4.4 Ábra. A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió pszichológiai háttértényezőinek esélyhányadosai férfiakat és nőket külön vizsgálva.....	67
4.5 Ábra. A depresszió esélyhányadosai a szív- érrendszeri betegcsoportokban.....	74
4.6 Ábra. A depresszió, a vitális kimerültség és a hipertónia kapcsolatának erőssége a szívérrendszeri betegségekkel.....	77
4.7 Ábra. Depresszióval kezelték aránya a szív- érrendszeri és klinikai depressziót mutató betegcsoportban.....	77

1. Bevezetés

A XX-XXI század fordulójának az egyik, népegészségügyi szempontból legfontosabb pszichiátriai problémája a depressziós tünetegyüttes. A major depressziós tünetegyüttes prevalenciája emelkedő tendenciát mutat világszerte, s habár az utóbbi időben számos szakmai, egészségpolitikai és közösségi erőfeszítés történt a depresszióval kapcsolatos ismeretek növelésére mind az orvosok között, mind a társadalomban, a depresszióban szenvedő személyek egy jelentős hányada nem részesül megfelelő kezelésben. A WHO „Global Burden of Disease” (123) tanulmánya, mely globálisan, kultúrától függetlenül vizsgálja a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedések gyakoriságát és epidemiológiai tendenciáit, és készít előrejelzéseket a jövőre vonatkozóan, riasztó képet fest: eszerint 2020-ra a depresszió lesz a második leggyakoribb, képességcsökkenésért (DALYs, Disability Adjusted Life Years) felelős megbetegedés. Mindez égetően szükségessé teszi a prevenciók aktivitás fokozását világszerte, hiszen ilyen mennyiségű beteg ellátása meghaladja az egészségügyi szolgálatok kapacitását, és egyben óriási gazdasági terhet is jelent (46). Ahhoz azonban, hogy hatékony prevenciók programok jöjjenek létre, fontos feltárni azokat az etiológiai tényezőket, melyek a depresszióhoz vezetnek. Ezekről rengeteg adat gyűlt már össze, mégsem rendelkezünk olyan átfogó modellel, mely a depresszív tünetegyüttes minden lehetséges kóros aspektusát egy általánosan használható működő koncepcióban foglalja össze.

Az elméletek egy része a pszichés és szociális háttértényezők fontosságára hívja fel a figyelmet, vagyis olyan tényezőkre, melyek megfelelő közösségi egészségfejlesztő programokkal és korai szűréssel kezelhetők lennének, akkor, ha pontosabb ismeretekkel rendelkeznenk a depresszió és ezen tényezők kapcsolatáról.

Jól ismert tény az is, hogy a depresszió számos más gyakori pszichiátriai betegséggel (pl. szorongásos zavarok, 89), kevésbé súlyos (önkárosító magatartásformák) és súlyos viselkedészavarral (öngyilkosság) áll kapcsolatban. A kapcsolat jellege szintén nem tisztázott pontosan, de biztosan kimondható az, hogy ezen zavarokban az esetek egy része a depresszió következményeként alakul ki.

A depressziós tünetegyüttes jelentősége ugyanakkor messze túlmutat a pszichiátria és a közösségi mentálhigiéné keretein. Meggyőző – és egyre növekvő számú – adatok

állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy az egyébként is gyakori depresszió nemcsak egyéb pszichiátriai betegségekkel társul gyakran, hanem egyes testi betegségekkel is. A depressziós tünetegyüttes és számos nagy népegészségügyi problémát jelentő testi betegség közötti kapcsolat szintén nem tisztázott, valószínűleg cirkuláris oksági kapcsolatok tételezhetőek fel (47, 114, 143, 67): A depressziós tünetegyüttes ezen betegségek kialakulásának fontos kockázati tényezője, negatívan befolyásolja ezen betegségek lefolyását is, ugyanakkor ezen (organikus) megbetegedések a depressziós tünetek megjelenésének valószínűségét fokozzák.

A nemzetközi irodalomban is legjobban dokumentált, és népegészségügyi szempontból is legnagyobb jelentőségű ilyen jellegű összefüggés a kardiovaszkuláris betegségek és a depressziós tünetegyüttes között tárható fel. A számos rendelkezésre álló irodalom közül utalunk Rozanski és mtsai (143), valamint Hannah és mtsai (67) szisztematikus áttekintéseire.

A depressziós tünetek és a kardiovaszkuláris betegségek közötti szoros összefüggés népegészségügyi jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni, hiszen két igen gyakori megbetegedésről van szó, melyek klinikai, népegészségügyi és gazdasági jelentősége meredeken növekszik. Az említett WHO előrejelzés szerint 2020-ra a kardiovaszkuláris betegségek és a major depresszió lesz a két legelső munkaképesség-csökkenésért felelős betegség világszerte (123). Az 1.1. Táblázatban látható a tíz leggyakoribb képességcsökkenésért felelős tényezőt 1990-ban és az előrejelzések szerint 2020-ban.

1.1. Táblázat. A leggyakoribb képességcsökkenésért (DALY) felelős betegségek változása a Föld egész népességére vonatkozóan (Murray és Lopez 1997)

1990	2020
1. Alsó légúti fertőzések	1. Ischaemiás szívbetegségek
2. Heveny bélfertőzések	2. Unipoláris major depresszió
3. Perinatális megbetegedések	3. Közúti balesetek
4. Unipoláris major depresszió	4. Cerebrovaszkuláris betegségek
5. Ischaemiás szívbetegségek	5. COPD
6. Cerebrovaszkuláris betegségek	6. Alsó légúti fertőzések
7. TBC	7. TBC
8. Akut vírusos fertőző betegségek	8. Háborús sérülések
9. Közúti balesetek	9. Heveny bélfertőzések
10. Kongenitális anomáliák	10. AIDS

Látható, hogy az említett vizsgálat szerint az 1990-es szintén előkelő negyedik és ötödik helyről kerül az említett első és második helyre a depresszió és a kardiovaszkuláris betegségek. És mindez nemcsak az iparilag fejlett országok problémája. A 1.2. Táblázatban jól látható, hogy – szintén az említett WHO prognózis szerint – 2020-ra a fejlődő országokban a *leggyakoribb* képességcsökkenésért felelős probléma a depresszió lesz.

1.2. Táblázat. A leggyakoribb képességsökkenésért (DALY) felelős betegségek alakulása a fejlett ipari és fejlődő országokban, valamint globálisan a WHO előrejelzése (Murray és Lopez 1997) alapján

Iparilag fejlett országok	Fejlődő országok	Globálisan
1. Ischaemiás szívbetegségek	1. Unipoláris depresszió	1. Ischaemiás szívbetegségek
2. Cerebrovaszkuláris betegségek	2. Közúti balesetek	2. Unipoláris depresszió
3. Unipoláris depresszió major	3. Ischaemiás szívbetegségek	3. Közúti balesetek
4. Malignus alsó légúti daganatos betegségek	4. COPD	4. Cerebrovaszkuláris betegségek
5. Közúti balesetek	5. Cerebrovaszkuláris betegségek	5. COPD
6. Alkohol abúzus	6. TBC	6. Alsó légúti fertőzések
7. Osteoarthritis	7. Alsó légúti fertőzések	7. TBC
8. Demencia és degeneratív betegségek	8. Háborús sérülések	8. Háborús sérülések
9. COPD	9. Heveny bélfertőzések	9. Heveny bélfertőzések
10. Önsértések	10. AIDS	10. AIDS

Hazai adatok is rendelkezésre állnak arról, hogy a depressziós tünetek fontos interaktív kapcsolatban állnak egyrészt a betegnapok számával, mint az életminőség egyik fontos indikátorával (102, 103), valamint a kardiovaszkuláris morbiditással (100). A depressziós tünetek kéz a kézben a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel óriási egészségügyi és gazdasági kihívás jelentenek tehát, amire nemcsak az egészségügyi rendszereknek, hanem az egész társadalomnak fel kell készülni.

Kevesebb adat áll ugyanakkor rendelkezésre az arterioszklerózis másik fontos klinikai manifesztációjával, a cerebrovaszkuláris betegségekkel ill. a depresszív tünetegyüttesnek ebben való szerepével kapcsolatban, noha ennek népegészségügyi jelentősége hasonlóan nagy, mint a szív-érrendszeri betegségeké. Az 1.1. és 1.2. Táblázatban jól látható, hogy mutatói gyakorlatilag együtt mozognak a szív-érrendszeri betegségekkel és a depresszióval.

Kutatási tevékenységem fő szándéka az, hogy olyan jól és könnyen vizsgálható pszichoszociális háttértényezők szerepét vizsgáljam a depressziós tünetegyüttes gyakoriságában, amelyek később gerincét képezhetik egy közösségi prevenció vagy

egészségfejlesztési tevékenységnek. További célom az, hogy megismerjem, milyen interakciós minták állhatnak fel ezen pszichoszociális tényezők, a depressziós tünetegyüttes, a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris morbiditás háttérében.

A dolgozatomban szereplő kutatásokban elsősorban a nemi különbségek jelentőségét vizsgáltam a fenti problémakörben, mivel ezek jelentősek mind a depressziós, mind a kardiovaszkuláris morbiditásban, és a két nem közti biológiai különbségek csak részben nyújtanak magyarázatot a megbetegedési rátákban mutatkozó nemi különbségekre.

Célkitűzésem megvalósításában epidemiológiai elemzést végeztem az 1995-ös országos reprezentatív felmérés eredményeinek adatai segítségével, majd részt vettem az 1998-as és 2002-es országos reprezentatív felmérések szervezésében, lebonyolításában, és az ebből gyűjtött adatok elemzésében.

1.1 Célkitűzések

1.1.1 A depressziós tünetegyüttes gyakoriságának és súlyossági fokozatainak változása országos reprezentatív felmérések alapján 1988 és 2002 között

A vizsgálatban első lépésben három országos reprezentatív felmérés (1988, 1995, 2002) eredményeit hasonlítottam össze. A felmérések kor, nem és lakóhely szerint a teljes felnőtt magyar népességet reprezentálják. A depressziós tünetegyüttes mérése kérdőíves vizsgálattal történt, mely segítségével jól elkülöníthetők a nem depressziós, enyhe szubklinikus depressziós, ill. nagy valószínűséggel a major depresszió klinikai diagnózisát kimerítő kategóriák. Vizsgálatom első lépéseként arra a kérdésre igyekeztem választ kapni, hogyan változott a pszichiátriai szempontból klinikailag szignifikáns (major depresszió kritériumait nagy valószínűséggel kimerítő), valamint a szubklinikus esetek aránya 1988-2002 között.

A fenti 14 éves időszakban jelentős változások játszódtak le a magyar társadalomban, melyek pszichoszociális hatásai nagy valószínűséggel befolyásolták a depressziós tünetegyüttes alakulására. Ugyanakkor ebben az időszakban vált lehetővé a modern népegészségügyi és közösségi prevenciós módszerek alkalmazása is. A magyar pszichiáterek és mentálhigiénés szakemberek részéről komoly erőfeszítések történtek a

hazai depressziós helyzet jobb megértésére, prevenciós stratégiák kidolgozására, és a depressziós betegek hatékonyabb ellátására.

Az enyhe, major depresszió diagnosztikus kritériumait ki nem merítő esetek vizsgálata a következő okok miatt tekinthető fontosnak:

- Az enyhe esetek mindenképpen kockázatot jelentenek egy későbbi major depressziós epizód kialakulására, ugyanakkor sokkal kisebb valószínűséggel kerülnek kapcsolatba az egészségügyi ellátással, vagy a mentálhigiénés szolgálatokkal.
- Kardiovaszkuláris szempontból az enyhe depressziós tünetegyüttes csaknem ugyanakkora kockázatot hordoz, mint a pszichiátriai szempontból klinikailag szignifikáns depressziós tünetek (3, 57, 59, 111). Tekintve, hogy éppen a vizsgált időszakban a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás alakulása drámai fordulatot vett Magyarországon, égetően szükségessé vált minden olyan lehetséges háttértényező vizsgálata, mely segítséget jelenthet a szív- érrendszeri megbetegedési ráta jobb megértésében.

1.1.2 Nemi különbségek vizsgálata a depresszió előfordulási gyakoriságában, súlyosságában és tüneti spektrumában

Vizsgálatom második lépéseként a nemi különbségek mértékét, és egyes specifikus jellemzőit elemeztem, és a következő kérdésekre igyekeztem választ kapni:

- Milyen mértékű nemi különbségek állnak fenn a depressziós tünetegyüttesben a vizsgált 14 éves periódusban?
- Feltárhatók-e különbségek a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns és küszöbalatti súlyossági kategóriák megoszlásában, ill. történt-e ebben változás a vizsgált 14 éves időszakban?
- Feltárhatók-e nemi különbségek a vizsgált tünetek megoszlásában?
- Hogyan alakultak a depresszióban észlelhető nemi különbségek Magyarországon nemzetközi epidemiológiai vizsgálatokkal összehasonlítva?

1.1.3 Nemi különbségek lehetséges pszichoszociális háttérének elemzése

Vizsgálatom harmadik lépéseként a nemi különbségek lehetséges magyarázatában részt vevő egyes pszichoszociális háttértényezőket vizsgáltam (szorongás, vitális kimerültség, D típusú személyiség, megküzdési készségek, diszfunkcionális attitűdök, szocioökonómiai státusz). A depresszióban észlelhető nemi különbségek magyarázatára számos elmélet született, s bár megnyugtató értelmezést adó komplex elmélet még várat magára, a nemzetközi szakirodalomban az utóbbi időben a pszichoszociális tényezők jelentőségére helyeződött át a hangsúly (108).

1.1.4 A depressziós tünetek és egyes depressziós spektrumhoz közel álló pszichológiai konstruktumok (vitális kimerültség, D típusú személyiség) kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegségekkel való kapcsolatának vizsgálata

Vizsgálatom negyedik lépéseként négy olyan pszichológiai konstruktum szerepét elemeztem, melyek irodalmi adatok alapján fontos szerepet játszanak a szív-érrendszeri, és részben a cerebrovaszkuláris mortalitásban. Ezek egyike maga a depressziós tünetegyüttes, a másik három pedig a depressziós tünetegyüttesrel kapcsolatba hozható, ugyanakkor attól sok szempontból elkülönülő pszichológiai konstruktum (szorongás, vitális kimerültség, D típusú személyiség). A vizsgálat ezen szakaszában feltett kérdéseim a következők:

- Milyen kapcsolatban áll egymással a depressziós tünetegyüttes, a vitális kimerültség szindróma és a D típusú személyiség, valamint a szorongás?
- Milyen interakciós minta tárható fel az említett konstruktumok, és a kardiovaszkuláris megbetegedések előfordulása között?
- Milyen a pszichoszociális háttértényezők hatáserőssége egyes hagyományos kockázati tényezőkkel (magasvérnyomás-betegség, cukorbetegség) összehasonlítva kardiovaszkuláris betegségek esetén?
- Mennyiben befolyásolják az interakciós mintázatot a nemi különbségek?

2. Szakirodalmi háttér

2.1 A depressziós tünetegyüttes

2.1.1 A depressziós tünetegyüttes fogalma, diagnosztikus kritériumai

A depressziós tünetek legkorábbi – orvosi – leírása Hippokratésztól származik (melankólia). A modern pszichiátriai első nosológiai rendszerei (lévén „nagypszichiátriai” beállítottságúak) elsősorban a bipoláris zavar részletes leírására törekedtek, de pl. Kraepelin már leírta az „involúciós melankólia” fogalmát.

Mind a DSM IV, mind a BNO X „hangulatzavarok” kategóriáiban szereplő mentális zavarokról elmondható, hogy – legalább is lefolyásuk bizonyos szakaszában, a mániás, hypomán és kevert epizódokat leszámítva – gyakorlatilag depressziós tünetekkel jellemezhetőek. A depressziós tünetegyüttes, vagy egyszerűbben depresszió alatt ugyanakkor általában az (unipoláris) major depressziós zavart értjük, mely a hangulatzavarok között a leggyakoribbnak tekinthető (89, 159-162, 2.1. Táblázat).

2.1 Táblázat. A gyakoribb hangulatzavarok előfordulási gyakorisága strukturált kérdőíves felmérések alapján (élettartam-prevalencia). Dr Szádóczy Erika szíves engedélyével (Szádóczy 2001)

Terület	Vizsgáló	Minta	Módszer	Hangulat zav	Major dep	Bipol zav	Dysthymia
München 1974-1981	Wittchen és mtsai	Lakosság i 18-57 év	DSM III DIS	12.9	9.0	0.2	4.0
Zürich 1978-1993	Angst és mtsai	18-19 éves korosztály	DSM III/IIIR SCL 90 SPIKE	18.8	12.3	5.5	2.8
ECA (USA) 1981	Eaton és mtsai	Lakosság 18 év felett	DSM III DIS	8.3	5.8	0.8	3.3
NCS (USA) 1991-92	Kessler és mtsai	Lakosság 15-54 év	DSM IIIR CIDI	19.3	17.1	1.6	6.4
Basel 1992	Wacker és mtsai	Lakosság 18-65 év	DSM IIIR/BN O X CIDI	19.4	15.7	0.6	7.2
Nemzetközi 1996	Weisman és mtsai	10 kbz kultúra	DSM III DIS	5.5-14.7	1.1-16.4	0.2-0.7	1.7-10.4
Magyarorszag 1995-96	Szádóczy és mtsai	Lakosság 18-64	DSM IIIR DIS	24.2	15.1	5.1	4.5

A major depresszív epizód DSM IV szerinti alcsoportok (181) diagnosztikus kritériumai a függelékben olvashatóak. Major depresszív epizód részese lehet a bipoláris egyes ill. kettes típusú zavaroknak (ezekben az esetekben mániás ill. hypomániás epizóddal váltakozik). Major depresszív zavarról abban az esetben beszélünk, ha egy vagy több major depresszív epizód észlelhető mániás, hypomániás vagy kevert (a mániás és depressziós tünetek keveredése egy epizódon belül) epizódok nélkül, vagy amennyiben a depresszív epizód tünetei krónikusan fennállnak. A major depresszív zavar tehát a hypomániával vagy mániával járó állapotoktól (Bipoláris egyes vagy kettes zavar ill. cyclothymia) jól elkülöníthető. Ugyanakkor a major depresszió első pillantásra nagyon szigorúan definiált tüneti struktúrája is változatos formákban jelentkezhet, így lefolyás és súlyosság szerint is más-más alcsoportok különíthetőek el.

A lehetséges alcsoport felosztások (181):

Lefolyás szerinti alcsoportok:

- Egyszeri epizód
- Visszatérő epizódok teljes, vagy részleges remisszióval, esetleg dysthymiás zavarra szuperponálódva
- Szezonális (évszakhoz kötött), ezekben rendszeresen megjelenik (legalább két, egymást követő évszakban), viszont az adott évszakon kívül egyáltalán nem észlelhető
- Rapid ciklusú, azaz egy éven belül legalább 4 epizód zajlott, melyek egymástól legalább 2 hónapos részleges vagy teljes remisszióval különülnek el

Súlyosság szerinti alcsoportok:

- Enyhe, vagyis a kötelező számú tünetet nem vagy alig haladja meg, és csak enyhe szociális/munkaképességekkel kapcsolatos károsodást okoz
- Mérsékelt
- Kifejezett, nem pszichotikus: A kötelező tüneteken kívül számos más tünet is észlelhető, jelentős szociális/munkaképességekkel kapcsolatos károsodás áll fenn
- Súlyos, pszichotikus: téveszmék vagy hallucinációk is fennállnak melyek a hangulattal kongruensek, vagy inkongruensek lehetnek (jelölendő).
- Részleges remisszió, vagyis a tünetek csak részben javulnak, vagy ha teljes tünetmentesség nem éri el a két hónapot
- Teljes remisszió, vagyis, amennyiben a tünetmentesség meghaladja a két hónapot

Egyéb jellemzők szerinti alcsoportok:

- Krónikus jelleg, amennyiben a major depresszió teljes kritériumrendszere legalább 2 éven át folyamatosan teljesül
- Kataton jelleg, ha a klinikai képet az alábbiakból legalább kettő uralja
 1. Motoros immobilitás, mint katalipsia vagy stupor
 2. Céltalan, külső ingerek által nem befolyásolt, túlzott motoros aktivitás

3. Kifejezett negativizmus (mozgatással vagy minden instrukcióval szembeni látszólag motiválatlan ellenállás)
 4. Az akaratlagos mozgás furcsaságai, mozgásos sztereotípiák, manírok, feltűnő grimaszolás
 5. Echolalia vagy echopraxia
- Melankóliás jelleg, ha az epizód során az öröm elvesztése minden, vagy majdnem minden tevékenységgel kapcsolatban megvalósul, vagy ha szokásos hétköznapi örömforrásokkal kapcsolatos teljes válaszképtelenség áll fenn, valamint ha az alábbi kiegészítő tünetekből legalább három megvalósul:
 1. A depresszív hangulat eltérő minőségű más, depresszív érzésekkel járó állapotoktól (pl. gyász)
 2. A tünetek reggel kifejezettebbek
 3. Kora reggeli ébredés (legalább 2 órával a megszokott ébredés előtt)
 4. Jelentős motoros agitáció vagy retardáció
 5. Jelentős súlyvesztés
 6. Túlzó vagy inadekvát bűnösségérzés
 - Atípusos jelleg, ha hangulati reaktivitás van (tehát a hangulat pozitív események hatására átmenetileg felderül), a melankolikus vagy kataton tünetei nem teljesülnek, valamint kettő vagy több az alábbiakból:
 1. Súly- vagy étvágnövekedés
 2. Hyperszomnia
 3. Bénultság érzése (ólomszerű érzés a végtagokban)
 4. Társas kapcsolatok elutasítása (az epizódokon kívül is), mely a szociális és munkaképességbeli funkciók romlásával jár
 - Szülést követő négy héten belüli (posztpartum) kezdet

Mint látható tehát, a major depresszív zavarok körébe tartozó állapotok is nagyon heterogén képet nyújthatnak. Jelentős átfedést mutathatnak a tüneti képben azokkal az egyéb hangulatzavarokkal, melyekben nem észlelhető mániás, hypomániás vagy kevert

epizód, vagy ezekre jellemző tünetek. Ezek a zavarok, ismét a DSM IV. módosított változata szerint:

- Dysthymia, vagyis a zavar legalább két éve fennáll (ezalatt nem volt olyan 2 hónapos időszak, melyben a tünetek teljesen elmúltak volna), ugyanakkor az első 2 évben sosem nem meríti a (krónikus vagy részleges remisszióban levő) major depresszió kritériumait, és mániás/hypomániás tünetek sem álltak fenn *soha*. Mindezek mellett az alábbi tünetek jellemzik:

A. Depresszív zavar a nap legnagyobb részében, több napon át mint ahányszor nem (akár szubjektíven, akár mások megfigyeléseként)

B. Depressziós állapotban legalább kettő az alábbiakból:

1. Étvágytalanság vagy étváagnövekedés
2. Insomnia vagy hypersomnia
3. Fáradtság, anergia
4. Alacsony önértékelés
5. Koncentrációs vagy döntési nehézségek
6. Reménytelenség érzés

A tünetek klinikailag jelentős szenvedést, ugyanakkor szociális funkcióromlást eredményeznek, és nem kizárólagosan krónikus pszichotikus zavar alatt, általános egészségi állapot-csökkenés, vagy kémiai anyag közvetlen megvonása kapcsán jönnek létre.

- Minor depresszió, vagyis a depresszív tünetek olyan, legalább két hetes epizódja, amikor a major depresszió kritériumai csak részlegesen teljesülnek (vagyis négy vagy kevesebb tünet teljesül).
- Rövid, visszatérő depresszív zavar: 2 naptól két hétig tartó depresszív epizódok, egy éven át, havonta legalább egyszer, de nem menseshez köthetően
- Szkizofrénia posztpszichotikus depressziója
- Pszichotikus zavarra, vagy szkizofrénia aktív szakaszára szuperponálódó depresszió

- Premenstruális dysphoriás zavar, vagyis a késői luteális fázisban legalább 3 egymást követő menstruációs cikluson át jelentkező depresszív tünetek, melyek spontán elmúlnak a menstruációt követő egy hét alatt.
- Általános egészségi állapot következtében kialakuló depressziós tünetek
- Pszichoaktív szer okozta depressziós tünetek

Mint látható, a mániás, hypomániás vagy kevert epizódok nélküli hangulatzavarok tüneti képe igen hasonló. Több esetben az egyes zavarokat időtartambeli, vagy a tünetek számára vonatkozó, *mennyiségi* kritériumok választják el egymástól, melyek valószínűleg inkább erőteljes klasszifikációs törekvéseket tükröznek, és nem az egyes zavarok alapvető minőségi különbségeit. Ugyakkor láthattuk azt is, hogy maga a major depressziós zavar is igen változatos formákban jelentkezhet.

2.1.2 A depressziós tünetegettes etiológiai modelljei

Amennyire színes, változatos, ugyanakkor egymással összefüggő az egyes – mániás, hypomániás vagy kevert állapotokkal nem jellemezhető – hangulatzavarok tüneti képe, olyan változatos és színes palettát alkotnak ezen hangulatzavarok etiológiájára vonatkozó elméletek is. Az elméletek három didaktikusan szétválasztott csoportra bonthatóak: genetikai, biológiai és pszichoszociális teóriák (mivel ezen teóriákon belül külön figyelemre méltóak a stresszel kapcsolatos eredmények, ezeket külön tárgyalom). Valószínűleg ezek az elméletek más-más aspektusát ragadják meg egy igen bonyolult, sok interakciót magában rejtő folyamatnak. Élettani folyamatok és pszichoszociális hatások befolyásolhatják a génexpressziót, ezek meghatározott biológiai folyamatokat indíthatnak el, ugyanakkor a biológiai és genetikai változók erősen befolyásolhatják a pszichoszociális hatásokra adott magatartásválaszokat. Számos adat halmozódott fel ugyan a fenti interakciók természetére vonatkozóan, azonban egy – legalább a fő mozzanatok integráló – komplex teória még várat magára.

2.1.2.1 Genetikai tényezők

A hangulatzavarok jelentős részében kifejezett családi halmozódás figyelhető meg, ezt azonban a családon belül működő tanulási folyamatok ill. szociokulturális minták is

okozhatják. Számos ikervizsgálat támasztja alá azonban a genetikai faktorok lényeges szerepét a bipoláris zavar mellett az unipoláris depresszióban is. Ugyanakkor az adoptációs vizsgálatok eredményei ellentmondásosak, és további adatgyűjtést igényelnek (166). Az utóbbi időben jelentős mennyiségű kutatás került közlésre a molekuláris genetika területéről. Ezekben - a depresszióval feltételezetten kapcsolatban álló - monoaminerg rendszerek működésében szerepet játszó termékek génpolimorfizmusait vizsgálták. A polimorfizmusok és a depressziós tünetek, vagy arra hajlamosító személyiségjellemzők között igen bonyolult és áttételes összefüggéseket találtak. Kapcsolatot találtak például a szerotonin transzporter gén egyik polimorfizmusa és a depressziós hajlam (129) között. A MAO enzimek polimorfizmusainak bipoláris zavarban és unipoláris depresszióban játszott lehetséges szerepére utal Lin és mtsainak vizsgálata (113). Ezek az eredmények igen ígéretesek, ugyanakkor az általuk feltárt összefüggések több független megerősítést igényelnek, és elsősorban a közvetett genetikai predispozíció jelentőségét támasztják alá, mintsem a közvetlen genetikai hatásokét.

2.1.2.2 Biológiai tényezők

A depressziós tünetek és a monoaminerg transzmisszió kapcsolata ma már jól ismert tény. Bár a noradrenalin, szerotonin és dopamin hangulati élet szabályzásában való részvételének elméleti alapjai még tisztázatlanok, központi szerepüket számos – empirikusan megalapozott - tudományos közlemény, monográfia, tankönyv és számos a mindennapi klinikai gyakorlatban (is) hatékonynak bizonyult antidepresszáns támasztja alá (12, 91).

A monoamin rendszerek összefüggésére egyes genetikai tényezőkkel már a fentiekben utaltam. Ugyanakkor ezen rendszerek komplex kapcsolatban állnak a központi idegrendszer fő stressz modulátorának tartott CRH-hypofízis-mellékvesekéreg-rendszerrel (94, 92). A stresszreakció fiziológiai oldalának és a depresszió biológiájának kapcsolatát vizsgáló kutatások fontos lépést jelentenek a biológiai és pszichoszociális elméletek integrációja felé. A legszélesebb körben vizsgált neuroendokrin modell az említett CRH (vagy CRF)- hypofízis-mellékvese tengely működésének depresszióban észlelhető változásait foglalja össze (157). A modell szerint a CRH, mint a fiziológiai

stressz-válasz lánc beindítója krónikus stressz hatására tartós túlprodukciónak állapotában rögzülhet. Ez részben - a CRH2 receptoron - a jól ismert ACTH-kortizol túlaktivációt eredményezi, részben – az inkább transzmitter jellegű hatásokért felelős CRH1 receptoron – pszichológiai tüneteket eredményez (12). Állatkísérletekben korai életkorban történt stressz-expozícióval a CRH-kortizol rendszer tartós (az expozíció befejeződése után is krónikusan fennálló) túlaktivációja alakítható ki (124). Ezek az eredmények fontos összekötő kapcsot jelenthetnek a biológiai elméletek és a korai traumákat hangsúlyozó pszichológiai elméletek között.

A depresszió biológiai háttérével kapcsolatosan felmerült még egy régóta ismert neuropeptid, a P anyag (substance P, 105), valamint időről-időre visszatér a TRH-tiroxin rendszer lehetséges szerepe (12), ezek tisztázására azonban további vizsgálatok szükségesek.

2.1.2.3 Pszichológiai tényezők

A pszichoanalitikusan orientált elméletek elsősorban az (introjektált) tárgyvesztésekre, a korai-anya gyermek kapcsolat zavaraira, és az ezt követő, torzult „melankóliás irányú” személyiségfejlődésre helyezik a hangsúlyt. A tanuláselméleti modell a depressziós tüneteket tanult viselkedésként fogja fel, Seligman (150) immár klasszikus állatkísérletes modellben reprodukált egy depresszióhoz igen hasonló állapotot, melyet ő tanult tehetetlenségnek (learned helplessness) nevezett el. A modell szerint a tehetetlenség, kontrollnélküliség átélése ismételt helyzetekben passzív, önfeladó, apatikus állapothoz vezet, melyben a személy azokat a helyzeteket is kontrollálhatatlannak él meg, melyeket a múltban kontrollálni tudott, és nagy valószínűséggel a jelenben is kontrollálni tudna. Ugyanakkor más behaviorista kutatók a külső megerősítések elérésének sajátos mintázatát (110), vagy az észlelt teljesítmény és teljesítményelvárások diszkrepanciáját (11) hangsúlyozzák. Ezek az elméletek már egyértelműen a kognitív, valamint az interperszonális (vagy legalább is interakcionista) magyarázatok felé mutatnak (Bandura elméletét egyébként „Szociális-kognitív teóriának” nevezte el), és a percepció/értékelő/gondolkodási folyamatok szerepét hangsúlyozzák.

Ugyanerre a következtetésre jutott Beck és Ellis (15, 48) is a pszichoterápiás gyakorlat irányából. A két szerző - nagyon hasonló – elmélete szerint a depressziós tünetek közül a kognitív tünetek az elsődlegesek, a negatívan torzult énkép, gondolkodás és az élethelyzetek egyoldalúan negatív észlelése és értékelése felelős a hangulati és fizikai tünetekért.

Diszfunkcionális attitűdök

A depresszió kognitív elméletében fontos szerepet kapnak az ún. diszfunkcionális attitűdök. A depressziós személyek környezethez való viszonya a mindennapi adaptációt megnehezítő, „diszfunkcionális” attitűdökkel jellemezhető, melyek meglete predisponál a depresszív típusú gondolkodásra, így a depressziós zavarra is (26, 165). A diszfunkcionális attitűdök (terápiás beavatkozás nélkül) nehezen változnak, a környezethez való tartós viszonyulást jelentik, módosításuk a kognitív viselkedésterápiában sem könnyű feladat, sok esetben mindössze egy környezethez való magasabb adaptációs színvonal érhető el, az attitűdök változatlan fennállásával.

Bár talán önkényesnek és egyoldalúnak hangzik a kognitív tünetek kiemelt jelentőségének hangsúlyozása, a Beck és munkacsoportja által depresszív zavarokra kifejlesztett kognitív viselkedésterápia hatékonyságához nem fér kétség, eredményességét közlemények ezrei igazolják (83).

2.1.2.4 A környezeti hatások, stressz és megbirkózás szerepe

Számos igen régi klinikai és kutatási tapasztalat igazolja, hogy az életesemények, környezeti tényezők jelentősen befolyásolják a depresszív epizódok kialakulását és lefolyását. Egyes szocioökonómiai és demográfiai változók, valamint az életesemények éppolyan fontosak lehetnek a depressziós tünetek kialakulása szempontjából, mint a személyiségfejlődés vagy a családi háttér. A különböző, témával kapcsolatos kutatások (33, 132, 142) az alábbi fő pszichoszociális tényezőket találták depresszióban: korai tárgyvesztés, három vagy több gyermek (az anya depressziója esetén), munkanélküliség, intim kapcsolatok hiánya, anyagi nehézségek, stresszel teli életmód, szociális támogatás hiánya. Számos vizsgálat és tanulmány tulajdonít kiemelkedően fontos szerepet a

kontroll/kontrollnélküliség dimenziójának, vagyis annak, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát arra, hogy környezetét és az eseményeket befolyásolja (78, 156, 101).

A kutatásokban nem szerepel ugyanakkor a kardiovaszkuláris betegségekkel kapcsolatban már számos vizsgálatban rizikófaktorként megerősített D típusú személyiség (39-44). A D (distress) típusú személyiséget az jellemzi, hogy környezeti stresszorokra sajátos megbirkózási válasszal reagál: negatív érzelmekkel, szociális gátoltsággal és visszahúzóással. Mindkét jelenségkör nagyon hasonló a depresszió fenomenológiájához, ezért furcsa, hogy nem történtek eddig vizsgálatok a depresszió és a D típusú személyiségstruktúra kapcsolatának elemzésére.

2.1.2.5 Az elméletek integrálásának lehetséges irányai

A fenti elméletek integrálására irányuló törekvések számos adatot és ötletet meríthetnek a modern pszichofiziológia (és elsősorban a stressz pszichofiziológiájára irányuló kutatások), valamint az utóbbi időszak genetikai kutatásainak eredményeiből. A bonyolult pszicho-szociális-biológiai-genetikai interakció-mintázatok számos eleme, elsősorban pszichológiai folyamatok neurokémiai és idegéletteni mechanizmusai kezdenek kirajzolódni (101).

Gerald Huether (77) például szellemes modelljében tesz kísérletet az elméletek integrálására. Szerinte az averzív eseményekre adott stresszválaszok bonyolult optimalizálási folyamatokat indítanak el, melyekben egyaránt részt vesznek viselkedéses, neurohormonális és génexpressziós folyamatok. Az averzív események időzítése, intenzitása és időtartama a genetikai sérülékenységgel együtt határozhatja meg azt, hogy az elinduló reakciók láncolata végül adaptív (hatékony megküzdés) vagy nem adaptív (pl. depressziós) irányban zajlik. Post (135) modelljében a pszichoszociális stresszorok a depresszió kialakulásában és kezdeti szakaszában nagyobb szerepet játszanak, a későbbi szakaszban viszont a visszatérő epizódokat inkább biológiai kindling folyamatok eredményezik.

2.1.3 A depressziós tünetegyüttes mérési lehetőségei különös tekintettel nagy elemszámú reprezentatív vizsgálatokra és szűrővizsgálatokra

A depressziós tünetegyüttes vizsgálható *tünetskálákat* tartalmazó, vagy strukturált, standardizált, lekérdezőes módszerre kidolgozott *diagnosztikus* kérdőívekkel.

A diagnosztikus kérdőívek az 1980-as években jelentek meg kifejezetten epidemiológiai vizsgálatok céljaira. Fő céljuk az volt, hogy – egy szigorúan standardizált felvételi folyamat keretében - az alapjukat képező klasszifikációs rendszer szerinti pontos, *specifikus* diagnózist adjanak. A specificitás mellett fejlesztésükkor fontos szempontként jelentkezett a megfelelő *szenzitivitás* elérése is, a mentális zavarok minél pontosabb epidemiológiájának tisztázása érdekében.

Használatuk során viszonylag szigorú algoritmust kell betartani, ehhez kiképzett kérdezőbiztosra van szükség, ugyanakkor egyértelműen bizonyítják az egyes mentális zavarok fennállását (161).

A tünetskálák (pl. Zung, Hamilton, Beck kérdőívek, a magyar praxisban is gyakran alkalmazottak) a depresszió tüneteinek egyfajta „leltárját” tartalmazzák, az összes hangulatzavarra jellemző tünetre rákérdeznek, ugyanakkor sok, az egyes zavarok elkülönítésében használatos kritériumra nem kérdeznek rá. Szenzitivitásuk általában szintén magas (ezért alkalmasak szűrővizsgálatokra), azonban kevésbé specifikusak, vagyis az egyes depresszív jellegű hangulatzavarokat nehezebben különítik el egymástól, mint a diagnosztikus kérdőívek. Használatuk sokkal egyszerűbb, olcsóbb, időtakarékosabb, ezért a napi praxisban, szűrőprogramokban, klinikai vizsgálatokban, sok kérdést tartalmazó kérdőívcsomagokban lényegesen egyszerűbben alkalmazhatók, mint a körülményesebb, de pontosabb diagnosztikus kérdőívek. További előnyük, hogy érzékenyebbek a tüneti változásokra, így pl. egy terápiás folyamaton belüli változás segítségükkel jól követhető. Tehát megbízhatóan mérik a depressziós tüneteket, ugyanakkor DSM vagy BNO rendszer szerinti klinikai diagnózis alkotására nem alkalmasak. Megfelelő leválasztási kritériumrendszert alkalmazva azonban jól közelíthetik a diagnózist, pl. a rövidített Beck Kérdőív magyar változatának specificitása major depresszióban - Rózsa és mtsai (144) vizsgálata szerint - elérte a 97.5%-ot.

Mindezek, valamint a korábbi vizsgálatokkal való összehasonlíthatóság miatt (Kopp és mtsai 1988, 1995-ban végzett vizsgálatait) döntöttünk úgy, hogy a depressziós *tünetegyüttest* a Beck kérdőív rövidített, 9 tételű magyar változatával mérjük. A Beck kérdőívet eredetileg a depresszió súlyosságának mérésére fejlesztették ki, hamarosan azonban a leggyakrabban használt depresszió-mérőeszközzé vált mind a klinikai munkában, mind a kutatásban (17). Mai napig is – a nozológiai rendszerek változásai ellenére – az egyik leggyakrabban használt és legsikeresebb kérdőív. Az összpontszám megfelelően megválasztott kategorizációt használva, magas szenzitivitással és specificitással becsli a depressziós tüneteket (109, 144).

2.2 Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben

2.2.1 A depresszióban észlelhető nemi különbségek epidemiológiai jellegzetességei

Számos – különböző kultúrákban végzett – epidemiológiai vizsgálat bizonyítja azt a tényt, hogy nők között a depressziós tünetegyüttes, ezen belül is a major depresszió előfordulása jelentősen gyakoribb (125, 126, 177). A nemek közti megoszlási arány 1.6 és 3.1 között mozog a különböző vizsgálatokban a nők javára (108). A 2.2 Táblázatban foglaltuk össze néhány jelentősebb nemzetközi vizsgálat adatait a depresszióban észlelhető nemi különbségekre vonatkozóan (88, 171, 80, 98, 20, 116, 119, 161, 6).

2.2 Táblázat. A major depresszió előfordulási gyakorisága férfiak és nők között nagy elemszámú nemzetközi vizsgálatok szerint (ép: élettartam-prevalencia, pp:pontprevalencia)

Vizsgálat	Terület	Prevalencia férfi	Prevalencia nő	Nemi különbségek
NCS Kessler és mtsai 1993	USA	12.7 ép 7.7 pp	21.3 ép 12.9 pp	1.7 1.7
Weissman mtsai 1996	és kultúrközi multicentrikus	Lásd 5 táblázat	Lásd 5 táblázat	1.6-3.1
NPM Jenkins és mtsai 1997	HS Nagy Britannia	1.8 pp	2.7 pp	1.5
WHO Maier és mtsai 1999	és kultúrközi multicentrikus	13.8 ép 7.1 pp	26.1 ép 12.5	1.9 1.8
NEMESIS és mtsai 1998	Bijl Hollandia	10.9ép 1.9 pp	20.1 ép 3.4 pp	1.8 1.8
TACOS és mtsai 2000	Meyer Németország (Luebeck)	5.7 ép	14.3 ép	2.5
Depression 2000	Jacobi és mtsai 2000	Németország 8.7 pp	13.0 pp	1.5
* Kopp és mtsai 1997	Magyarország	12.1 pp	14.5	1.2
Szádócky mtsai 2000	és Magyarország	9.2 ép 1.8 pp	19.7 ép 3.3 pp	1.9
DEPRES és mtsai 2002	Angst Európa	7.6 pp	14.9 pp	2.0

(ép=élettartam-prevalencia, pp=pont/periódus prevalencia) A *-gal jelölt vizsgálat értékei a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának középsúlyos és súlyos kategóriáiból (összpontszám ≥ 19) számolt értékek

Fentiek közül különösen figyelemre méltó Weissman és mtsainak multicentrikus vizsgálata, mely kulturálisan különböző központokban készült (171, 2.3. Táblázat).

2.3 Táblázat Kulturális és nemi különbségek a depresszió prevalenciájában a Cross National Collaborative Group vizsgálata szerint (Weissman és mtsai 1996).

Ország	Prevalencia férfi	Prevalencia nő	Nemi különbségek
USA	2.8	7.4	2.6
Kanada	6.6	12.3	1.9
Puerto Rico	3.1	5.5	1.8
Franciaország	10.5	21.9	2.1
Németország	4.4	13.5	3.1
Olaszország	6.1	18.1	3.0
Libanon	14.7	23.1	1.6
Tajvan	1.1	1.8	1.6
Korea	1.9	3.8	2.0
Új-Zéland	7.5	15.5	2.1

Az értékek élettartam-prevalenciák

Látható, hogy bár a depresszió élettartam-prevalencia értékei jelentős különbségeket mutatnak, a nemi különbségek ettől függetlenül többé-kevésbé állandóak, 1.6 és 3.1 között mozognak (átlag 2.1).

Ugyanakkor, ha a major depresszió diagnosztikus kritériumait csak részben kimerítő („minor”) depressziós eseteket vesszük, a különbség 1.2-re csökken (6), hasonlóan a Kopp és mtsai által 1997-ben publikált magyar adatokhoz (98).

Számos tanulmány rámutat, hogy a különbségek az adolezcens ill. fiatal felnőttkorban jelennek meg (35, 68), és ezután változatlanul fennállnak, így – néhány átfogó újabb elemzés szerint, a korábbi elképzelésekkel ellentétben - időskorban is (19, 153, 29).

Ellentmondásosak az adatok a depresszió lefolyásában észlelhető nemi különbségekben. Egyes adatok szerint a lefolyás hasonló (152), más vizsgálatok szerint viszont nők között magasabb a visszaesések és a nem javuló esetek aránya (21, 122, 112).

2.2.2 A depresszióban észlelhető nemi különbségek lehetséges magyarázatai

2.2.2.1 Genetikai háttér

Sullivan és mtsai az általuk közölt meta-analízisben (az áttekintett vizsgálatok elemszámainak összege meghaladta a 20 000 főt) nem találtak nemi különbséget a depresszió heritabilitásában, vagyis a genetikai predispozíció egyaránt érinti mind a két nemet (155).

2.2.2.2 Nemi hormonok

Mint korábban említettük, a depressziós tünetegyüttesben észlelhető nemi különbségek adolescens korban ill. fiatal felnőttkorban jelennek meg (35, 167), ugyanakkor Angold és mtsai (4, 5) szerint elképzelhető, hogy nem a kronológiai kor, hanem a nemi érés folyamata mutat kapcsolatot a depresszióval. Ugyanez a munkacsoport talált azonban egyedül közvetlen kapcsolatot a depressziós tünetek és a hormonszintek változása között (5). Más vizsgálatok ugyanakkor a hormonális változások valamint szociális, kulturális tényezők együttes hatását valószínűsítik, és megkérdőjelezzik a hormonális háttér kizárólagos szerepét (72, 172, 35, 69).

A hormonális hatások nagy jelentősége merül fel a poszt partum depressziós esetekben, de itt is kimutatható számos más kockázati tényező (stressz, alacsony szociális támogatottság, nem kívánt terhesség, a született gyermek temperamentuma, korábbi mentális zavarok, valamint az erős szociális támogatottság, mint jelentős protektív faktor (130, 18, 121). Bizonyos esetekben nyilvánvaló az affektív tünetek összefüggése a hormonális ciklussal (139). Ugyanakkor a korábban kockázati tényezőnek tartott menopauzáról kiderült, hogy nem jár megnövekedett depressziós incidenciával (1, 2).

Számos klasszikus – állatkísérletes és humán - vizsgálat megerősíti, hogy a depresszió egyik legfontosabb kockázati tényezőjének tartott pszichoszociális stressz (lásd alább, 2.2.2.3 alfejezet) egyik lényeges következménye a „funkcionális hipotalamikus hipogonadizmus” néven nőgyógyászatban jól ismert szindróma. Vagyis a hipotalamusz nemcsak a CRH-kortizol tengelyt aktiválja erős stresszhelyzetben, hanem gátolja a reprodukív funkciókat is az FSH szintézis csökkentésével (45, 60, 84). Mindennek evolúciós jelentősége lehet, hiszen minden ivadékgyondozó fajnál, de különösen a főemlősöknél, ahol intenzív gyondozás nélkül az utódoknak semmi esélyük nincs a túlélésre, az egyed túlélése – mivel ez utódai túlélésének is záloga - általában prioritást élvez a reprodukív funkciókkal szemben.

Összefoglalásként elmondható, hogy a nők egy részénél biztosan található patológiás szintű hangulati ingadozás a hormonszintek fiziológias változásaira, ugyanakkor epidemiológiai szempontból vagy populációs perspektívából nézve a nemi hormonokkal kapcsolatos kutatási eredmények nagyon keveset magyaráznak meg a depresszióban észlelhető férfi-női különbségekből (108). A pszichoszociális stressz egyik biológiai

következménye (vagy közvetítő rendszere?) lehet nőkben a nemi hormonok – elsősorban az ösztrogén – aktivitásának csökkenése.

2.2.2.3 *Egyéb endokrin hatások*

A női nemi hormonokkal kapcsolatos kutatások hívták fel a figyelmet az ösztrogén és a CRH-hipofízis-mellékvese rendszer, mint egyik fő stressz-mediátor rendszer kapcsolatára. Állatkísérletekben ösztrogén jelenléte emelte a stresszre adott kortizol-választ (178). Adatok vannak ugyanakkor a fiziológiai stressz-reakcióban észlelhető nemi különbségekre is (178, 158), elsősorban abban, *milyen típusú pszichoszociális stresszorokra* reagálnak a két nem képviselői erősebb fiziológias stresszválasszal.

A TRH-tiroxin rendszer lehetséges szerepét a depresszióban észlelhető nemi különbségekben az utóbbi idők nagyobb vizsgálatai nem tudták megerősíteni (108).

2.2.2.4 *Komorbidity elméletek – az affektív tüneteket megelőző szorongás lehetséges szerepe*

Régi klinikai tapasztalat, hogy a depressziós zavarok hátterében sokszor áll korábbi – gyakran kezeletlen – szorongásos zavar. Breslau és munkatársai (22, 23) nagy közösségi vizsgálatában a korábbi szorongásos tünetek 50%-ban magyarázták a nemi különbségeket a depresszív zavarok incidenciájában, és ezt később a NCS és ECA vizsgálatok adatainak retrospektív elemzésével is megerősítették (133, 64). Ugyanakkor a szorongásos és affektív jelenségek, mint *tünetek* egymáshoz való viszonya a pszichiátria egyik leginkább tisztázásra szoruló területe. Jelenleg lényegében két különböző betegcsoport tüneteinek minősítik őket. Némi eltérés észlelhető a klasszifikációs rendszerekben a szorongásos és depresszív tünetek összefüggésének megítélésében, hiszen míg a DSM rendszer (így az ezen alapuló diagnosztikus kérdőívek, így az ECA-ban és NCS-ben használt DIS és CIDI) szigorúan elkülöníti a szorongásos és affektív zavarokat, a BNO X. esetében külön diagnózis a kevert szorongásos és depresszív zavar. Hazai vizsgálatukban Szádóczky és mtsai (161) a nők férfiakhoz viszonyított esélyhányadosát az összes szorongásos zavart együttvéve 2.6 – nak találták (CI 2.2-3.2), major depresszióban 2.4-nek (CI: 1.9-3.0). Szorongásos zavarok és hangulatzavarok együttes fennállására vonatkozóan a kockázatonövekedés 2.4 (CI: 2.1-2.8) volt, tehát majdnem azonos nemi különbségeket találtak. Az azonos

mértékű nemi különbségek, valamint a stresszreakció-szorongás-affektív tünetek összefüggésével kapcsolatos kutatások (hasonlóan a korábbi „neurózis” koncepciókhoz) a szorongásos és depressziós tünetek *szoros kapcsolatára* hívják fel a figyelmet, és talán a jövőben elvezetnek egy neurózistanhoz hasonló, de annál tudományosan jóval megalapozottabb integratív modellhez és nozológiai entitáshoz.

2.2.2.5 Pszichoszociális elméletek

Bár rengeteg jól alátámasztott pszichológiai elmélet és modell áll rendelkezésre a depresszió pszichológiai háttrének igazolására (lásd 2.1.2.3-4 alfejezet), jelenleg kevés adat támogatja azt az elképzelést, hogy a depresszióban észlelhető nemi különbségeket a tanult tehetetlenség, kognitív sérülékenység vagy a (diszfunkcionális) attitűdökben megnyilvánuló különbségek okoznák (108). Az értékelhető adatok kis száma részben a jelenleg rendelkezésre álló mérőeszközök tökéletlenségével is magyarázható (70), hiszen intrapszichés változókat megbízhatóan mérni nagyon nehéz.

Több meta-analízis talált nőknél szignifikánsan alacsonyabb önértékelést és önbizalmat, valamint magasabb neuroticizmust, -bár a különbség nem volt nagy - (54, 93, 32), és ezek elsősorban adolezcens és fiatal felnőttkorban voltak kifejezettek. Ugyanakkor minden olyan pszichológiai vagy kognitív jellegzetesség, ami a nők között sokkal gyakoribb interperszonális stresszhez vezet, növelheti a depresszióban észlelhető nemi különbségeket (35).

Számos adat gyűlt össze a stresszel kapcsolatos egyes megbirkózási stratégiákra vonatkozóan. Nolen-Hoeksema a (127) depresszióban észlelhető nemi különbségek kutatásának egyik első számú kutatója fogalmazta meg a választílus (response style) teóriáját: eszerint a depresszív irányú hangulatváltozásra adott ruminatív (negatív kogníciókban elmélyedő) válasz a tünetek fokozódását és időbeli meghosszabbodását eredményezi, míg a figyelem elterelése a hangulatváltozásról (distraction), a negatív irányú hangulatváltozás gyors enyhüléséhez és lerövidüléséhez vezet. Egyes tanulmányok megerősítik a fenti elméletet, valamint azt, hogy a ruminatív stílus elsősorban a nőkre jellemző (24, 106, 10, 128, 180, 146). A nemekre jellemző megbirkózási stratégiák a nemi szerepek szocializációja során alakulnak ki (127, 149, 179), vagyis erősen összefüggnek környezeti hatásokkal. A női nemi szerepek ugyanakkor maguk is megnövekedett pszichoszociális stresszrel járhatnak (126, 177,

154), melyek elsősorban makroszociális forrásokból táplálkoznak. Ilyenek a férfiakhoz képest alacsonyabb végzettség és jövedelem, a kontroll hiánya a munkahelyi döntéshozatalban (9, 118). Hasonló eredményeket találtak Kopp és mtsai 1995-ös hazai felmérésükben (98), mely szerint a gazdasági-szociális lemaradás és alacsony végzettség a depresszió egyik legfontosabb háttértényezője volt. Ugyanezen vizsgálatban szignifikáns nemi különbségek voltak feltárhatóak a munkanélküliségben (nők OR: 2.7 CI=1.7-4.4, férfiak OR 4.6 CI= 3.2-6.8), és az intenzív italozásban, mint depressziós háttértényezőkben – a férfiak javára. Az egyéb kockázati tényezőnek talált háttértényezőkben (megőzvegyülés, végzettség) nem volt szignifikáns különbség a nemek között (140). Fontos megemlíteni azonban, hogy ebben a vizsgálatunkban a depressziós tünetegyüttes gyakoriságában nem volt lényeges nemi különbség (2.2. Táblázat, 98). Saját vizsgálataink szerint alacsony szocioökonómiai státuszú fiatal roma nők körében szintén igen gyakori a depressziós tünetegyüttes (65).

Viszonylag nagyobbak a nemi különbségek azokban a kultúrákban, ahol a hagyományos női szerepek kisebb társadalmi megbecsülésben részesülnek, ill. jellemző a többszörös női szereprendszer, vagyis a professzionális karrier melletti háztartási és gyermeknevelési feladatok rendkívül aránytalan házasfelek közti elosztása (72, 108). A nők érzékenyebbek az interperszonális konfliktusokra és veszteségekre, ugyanakkor a férfiak érzékenyebbek a szeparációra és válásra (87), elsősorban azonban a „friss” depressziós esetekben, a már depressziós előtörténettel rendelkező személyek esetén a pszichoszociális stressz sokkal kevesebbet magyaráz meg a nemi különbségekből (115). Ez utóbbi adat mindenesetre alátámasztja Post integratív elméletét (135, 2.1.2.5 alfejezet) a pszichoszociális stressz és a biológiai kindling mechanizmusok jelentőségének változásáról a (visszatérő vagy krónikus) depresszió lefolyása során.

A negatív életesemények között fontos még a korábban sokáig nem vizsgált gyermekkori szexuális abúzus (CSA, Child Sexual Abuse), melynek előfordulási gyakorisága 7-19% nők, 3-7% férfiak esetén, és egy vizsgálat szerint a felnőttkori depresszióban észlelhető nemi különbségeket 35%-ban magyarázza (34). Saját vizsgálataink is megerősítik, hogy az elszenvedett fizikai vagy szexuális abúzus fontos hajlamosító tényezője számos mentális és viselkedészavarnak, így a depressziós tüneteknek is (36, 38). Úgy tűnik, hogy a gyermekkori szexuális abúzus és felnőttkori

depresszió kapcsolata a nőkben sokkal kifejezettebb, az abúzuson átesett fiúk között felnőttkorban sokkal gyakoribb a pszichoaktív szer abúzus (30, 61).

A pszichoszociális stressz vonatkozásában fontos megemlíteni ennek közép-kelet európai férfi specifikumait is. Számos, egészen a legutóbbi időkben publikált, vagy éppen publikálás előtt álló, közép-kelet európai országokban végzett epidemiológiai felmérés szerint férfiak körében a szocio-ökonómiai változókhoz társuló pszichoszociális stressz igen magas, és fontos szerepet játszhat a férfiak körében észlelt riasztó morbiditás és mortalitás növekedésben (103, 164, 174). Az, hogy ennek milyen jelentősége van a depresszióban észlelhető (kisebb) nemi különbségek esetében Közép-Európában, még tisztázásra szorul.

2.2.2.6 *Artefakt elméletek*

Az artefakt elméletek abból indulnak ki, hogy a depresszióban észlelhető nemi különbségek csupán epidemiológiai műtermékek, a valóságban nincs számottevő különbség a férfi és női depresszióban. Az artefakt elméletek két alapvető érvrendszerre támaszkodnak: a nemek közti különbségre a depresszió kezelhető zavarként értékelésében és az orvosi vagy egyéb segítség keresésében, valamint arra az elképzelésre, hogy férfi és női depresszió között alapvető fenomenológiai különbségek vannak, és a jelenleg depresszió kritériumtünetei közé sorolt jelenségek tulajdonképpen főként a női depresszió tünetei. E szerint a férfiak kevesebb tünetet jelentenek, és a férfi depresszió lényeges eleme az irritabilitás, csökkent frusztrációs tolerancia és antiszociális megnyilvánulások (145). Amennyiben tehát a nők több tünetet jeleznek, mint a férfiak, hamarabb érik el a major depresszió diagnózisához szükséges tünetszámot. Ezt számos tanulmány megerősíti (31, 88, 55, 116, 119, 6, 163), különösen igaz ez a szomatikus tünetekre (116, 151), valamint a krónikus vagy disztimiával szövődött formák esetében (104). Mindössze egy vizsgálat nem talált férfi-női különbséget sem a depresszió súlyossága, sem tünetek száma szempontjából (76). Saját vizsgálatunkban a szomatikus – elsősorban krónikus fájdalom - tünetek és a depressziós tünetek előfordulási gyakorisága között találtunk szignifikáns összefüggéseket fiatal női mintán (141). Ugyanakkor mindezek a kapcsolatok meglehetősen bonyolultak és számos más tényezővel is összefüggenek, úgymint a becsült egészségi állapot, önkárosító magatartásformák és családi viselkedésminták (37). Lehetséges továbbá az

is, hogy a tünetszegényebb férfibetegek akkor sem merítik ki a major depresszió kategóriáit, ha a szubjektív szenvedés és életminőség romlás mértéke ugyanakkora, mint a több tünetet jelző, ezért major depressziósnak minősített női társaiké.

Úgy tűnik, a nemi különbségek arányai hasonlóak a közösségi felmérésekben és a háziiorvosi praxisban felvett mintákban (116). Szádóczky és mtsai hazai háziiorvosi mintán (159) a major depresszió élettartam prevalenciáját 12.0 és 23.0%-nak találták férfiak ill. nők esetén (férfi-nő arány 1.9). Ugyanez ugyanazzal a mérőeszközzel (DIS) végzett lakossági felmérésükben 9.2 és 19.7% (férfi-nő arány 2.1) volt (161), tehát lényeges különbség magyar mintákon sem volt észlelhető a lakossági és háziorvost felkereső esetek felmérése kapcsán kapott nemek közti arányban. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy a háziiorvosi ellátás ugyan fontos, de semmiképpen sem kizárólagos célpontja a depresszió miatt segítséget kereső populációnak, hiszen nagyon sokan rögtön a pszichiátriai ellátást vagy mentálhigiénés tanácsadást keresik fel, mások pedig nem orvosi segítséget keresnek (pl egyházi tanácsadó szolgálathoz fordulás, rokonok, barátok segítsége). A háziiorvosi ellátásból származó adatok és a közösségi vizsgálatok összevetéséből származó következtetések tehát valószínűleg elég durva becslések, és nem világítják meg a segítségkeresésben észlelhető nemi különbségek finomabb részleteit.

A fenomenológiai különbségekkel kapcsolatos elméletek (melyeket elsősorban szuicid magatartást vizsgáló kutatók képviselnek) további kutatást igényelnek. Elképzelhető, hogy a klasszifikációs rendszerek jövőbeli finomodása valóban eredményez változást. Mindenesetre figyelemre méltó, hogy azokban a vizsgálatokban, melyekben nem klasszifikációs szabályokra épülő diagnosztikus kérdőívet, hanem tünetskálát használtak a nemi különbségek kisebbek voltak (140).

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy bár rendkívül sok aspektusból látjuk már a depresszióban észlelhető nemi különbségeket, a mozaikszerűen halmozódó adatokból egyelőre nem rajzolódik ki megnyugtató integratív modell. Az itt bemutatott adatok és Kuehner (108) meta-analízise alapján is úgy tűnik – legalább is a depresszió lefolyásának kezdetére vonatkozóan – jóval több adat gyűlt össze a pszichoszociális tényezők kóroki szerepével kapcsolatban. Ugyanakkor felvetődik az a kérdés is, hogy a számtalan adatból melyek azok, amelyek egy „nemre szabott” prevenció vagy

egészségfejlesztés szempontjából is megragadhatóak, szűrővizsgálatokra, gyors kockázatbecslések készítésére és egyéni vagy közösségi beavatkozások tervezésére használhatóak. Ilyen könnyen feltérképezhető adatnak tűnnek egyes makroszociális faktorok: a szociális-gazdasági helyzet és a végzettség (a kettő együtt szocioökonómiai státusz, SES). A stressz-választ meghatározó pszichológiai faktorok közül jól vizsgálható a szorongásosság, egyes megbirkózási stratégiák (különös tekintettel az eddig depresszióval kapcsolatban nemzetközi viszonylatban sem vizsgált D típusú személyiségre vonatkozóan), ill. a depresszió kognitív pszichoterápiájában oly fontosnak tartott diszfunkcionális attitűdök. Vizsgálatomban arra voltam kíváncsi, hogy ezek a viszonylag egyszerűen vizsgálható változók mennyiben magyarázzák a depressziós tünetegyüttesben észlelhető nemi különbségeket, és a jövőben arra szeretnék választ kapni, mennyiben alkalmazhatók „nemre szabott” közösségi vagy egyéni kockázatkezelő programok kialakításában – nemcsak a depresszió, hanem a kardiovaszkuláris morbiditás vonatkozásában is. Ugyanakkor fontosnak tartottam annak vizsgálatát, hogy a nemi különbségek mennyiben köszönhetők a nők gyakoribb segítségért fordulásának depresszióban (90), vagy legalábbis arra szerettem volna választ kapni, vannak-e egyáltalán lényeges különbségek férfiak és nők orvoshoz fordulásában.

2.3 A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel

2.3.1 A depressziós tünetek és háttértényezők szerepe a kardiovaszkuláris betegségekben

A depresszió előfordulási gyakorisága koronáriabetegek között körülbelül háromszorosa az átlagnépességnek (71), a major depresszió diagnosztikus kritériumait el nem érő („minor”) tünetek arány viszont még magasabb (147). A depressziós tünetek fontos prediktorai a negatív kardiális eseményeknek (28, 57-59, 14).

A depresszió azonban nemcsak a már koronária-betegségben szenvedők kardiális morbiditását és mortalitását befolyásolja negatívan. Több nagy népességen végzett epidemiológiai vizsgálat is világosan megmutatta, hogy a depressziós tünetegyüttes

egészséges személyek esetén is növeli a jövőbeli kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást (25, 8, 56, 14, 62).

Érdekes és igen fontos adat továbbá, hogy nemcsak a pszichiátriai diagnosztikus küszöböt meghaladó (major) depresszió hozható kapcsolatba a szív-érrendszeri megbetegedések kockázatának növekedésével. Enyhe, pszichiátriai zavart még nem jelentő depressziós tünetek szintén kardiovaszkuláris rizikót hordoznak (3). Frasure-Smith, Lesperance és mtsaik (57, 59) 430 instabil anginás beteg követéses vizsgálata során azt találták, hogy az enyhe depressziós tünetek (a Beck Depresszió Kérdőívvel mérve 10-18 pont között) mind a fatális mind a nem fatális miokardiális infarktus kockázatát megközelítőleg annyira növelték meg, mint a major depresszió. Más vizsgálatok azt találták, hogy a depressziós tünetek súlyossága és a kardiovaszkuláris kockázat növekedése között számszerűsíthető pozitív kapcsolat mutatható ki (3, 51, 52, 136).

Mindennek óriási jelentősége van, hiszen az enyhe depressziós tünetek gyakoriak, általában kezeletlenek maradnak, ugyanakkor az előbbieik szerint jelentős kardiovaszkuláris kockázatot hordoznak.

Számos adat gyűlt össze a korábbi alfejezetekben a depresszió háttértényezőiként ismertett jelenségek szerepéről a kardiovaszkuláris betegségekben. A szorongásos tünetek és kardiális halál közötti – klinikai tapasztalatokon alapuló, majd később megkérdőjelezett – kapcsolatra sikerült bizonyítékot találni Kawachinak és mtsainak: 1994-ben (86) publikált vizsgálatukban egyértelműen sikerült szignifikáns összefüggést kimutatni a szorongásos tünetek és a kardiális halálozás között, igaz a vizsgálat értékét erősen csökkenti, hogy csak férfiak vettek benne részt, holott a szorongásos zavarok a nők közt jelentősen gyakoribbak.

Az ellenségesség-attitűd (ami azt jelenti, hogy a személy ellenségesnek éli meg a környezetét, és gyakran táplál haragot iránta) szerepét több kutatás vizsgálta. Egészséges személyek ellenségesség-attitűdjének szív-érrendszeri kockázatára vonatkozóan ellentmondásos eredmények születtek, egyes vizsgálatok találtak összefüggést (13, 52), mások nem (120). Már koronáriabetegségben szenvedők között végzett egyes vizsgálatok szerint az ellenségesség-attitűd kapcsolatba hozható a koronária-angioplasztika utáni gyors resztenózissal (63), stressz kapcsán fellépő

fokozottabb ischémiával (73), és az arterioszklerózis gyorsabb progressziójával (82, 173).

Az alacsony szociális-gazdasági helyzet szintén rizikófaktor, részben azért, mert több kockázati viselkedéssel ötvöződik (175), részben azonban más tényezőktől független kockázatot hordoz (117, 2).

A stressz szerepe kardiovaszkuláris betegségekben régóta intenzíven kutatott téma. A legtöbb adat szív-érrendszeri betegségekkel kapcsolatban a munkahelyi stresszel kapcsolatban gyűlt össze, azonban szerepéről az irodalom ellentmondásos (143). Az azonban alátámasztott, hogy az alacsony munkahelyi kontroll (az események befolyásolásának képessége) a jövőbeli kardiális eseményekkel kapcsolatban férfiak esetében prediktív értékkel rendelkezik (81). A veszteség, mint fontos (akut) stressz faktor hatása szintén bizonyított gyász esetében: a gyász kétszeres kockázatot hordozott gyászoló férfiak és háromszorost gyászoló nők esetében a kardiovaszkuláris mortalitásra vonatkozóan, mint nem gyászolók között (85).

A kardiovaszkuláris kockázat szempontjából fontos megbirkózási stratégiák kutatásában új fordulatot jelentett a D (distressed) személyiség koncepciójának megjelenése. A D típusú személyiség a környezeti stresszorokra specifikus módon reagál, és ezzel a szubjektív (dis)stressz erősségét circulus vitiosus formájában növeli (2.1.2.4 alfejezet). Kapcsolata a kardiovaszkuláris morbiditással és mortalitással rendkívül jól alátámasztott (39-44), ugyanakkor depresszióval való kapcsolatát nem ismerjük, pedig fenomenológiai szempontból (negatív érzelmek, szociális gátoltság) hasonló konstruktumokról van szó, és a depresszióval foglalkozó akár elméleti akár klinikus szakemberben nagyon könnyen felmerül az, hogy a D típusú személyiségre jellemző megbirkózási módok valójában könnyen jelenthetnek rizikót a depresszióra is.

2.3.2 Nemi különbségek a depressziós tünetek kardiovaszkuláris morbiditásban játszott szerepében

A kardiovaszkuláris zavarokkal foglalkozó epidemiológiai kutatások, valamint klinikai tapasztalatok alapján régóta ismert tény, reprodukív korban lévő nők kardiovaszkuláris kockázata sokkal kisebb a velük egy korosztályban lévő férfiakénál. Ez azt jelenti, hogy

a nőkben az arterioszklerózis és kardiovaszkuláris zavarok kb. tíz évvel később jelentkeznek (75). Ezt a relatív kockázatsökkenést az endogén ösztrogén produkció protektív hatásának tulajdonítják, ugyanakkor az ösztrogénpótló terápia rizikót mérséklő hatásával kapcsolatban újabban ellentmondásos adatok kerültek közlésre.

Ma már tudjuk, hogy a pszichoszociális stressz ovarialis diszfunkcióhoz és csökkent ösztrogénszintekhez vezethet (2.2.2.2 alfejezet, 45, 60, 84). Azt is tudjuk, hogy fiatalabb korban koronáriabeteggé váló nők esetében legtöbbször latens (normál menstruációs ciklus és indirekt tünetek, pl korai jelentős csontvesztés) vagy manifeszt (irreguláris menses) ovarialis diszfunkció tárható fel (131, 138).

2.3.3 Egyes depressziós tünetegyütteshez közel álló, kardiovaszkuláris megbetegedések szempontjából lényeges szerepet játszó pszichológiai konstruktumok bemutatása, és kardiovaszkuláris betegségekre gyakorolt hatásának összefoglalása

2.3.3.1 Vitális kimerültség

A vitális kimerültséget a maastrichti egyetem kutatócsoportja kezdte vizsgálni. Vizsgálatuk szerint látszólag egészséges, ám kimerült férfiak esélye nem fatális szívinfarktusra magasabbnak bizonyult egy négyéves utánkövetéses vizsgálatban (7). Az általuk meghatározott tünetcsoport lényegében excesszív fáradtságból, kimerültségből és irritabilitásból áll, de a depresszió jellegzetes kognitív tünetei (negatív énkép, inadekvát büntudat, az események negatív interpretációja stb.), valamint az érzelmi tünetek nagy része (szomorú vagy nyomott hangulat, az örömeire való képesség elvesztése) hiányoznak.

Mivel a fizikai (fáradtság, kimerültség, erőtlenség) és egyes érzelmi tünetek (irritabilitás) tünetek nagymértékben átfednek a depresszió tüneteivel, ezért fontos kérdésként vetődik fel, hogy a vitális kimerültség nem pusztán egy – igaz, részleges klinikai képpel járó – manifesztációja egy depresszív tünetekkel jellemezhető állapotnak, olyan tünetcsoport, amelyet korábbi nozológiai rendszerek „larvált” depresszióknak neveztek. Ma már ugyanakkor larvált depresszióról egyik nozológiai rendszer sem beszél, s a depresszió obligát tüneteiként számon tartott nyomott hangulat

és érdeklődés, örömezés elvesztésének *hiánya* a vitális kimerültség konstruktum sarkalatos pontja.

Számos vizsgálat azonosította kockázati tényezőként a vitális kimerültséget koronáriabetegségben (95, 137) de a vizsgálatok többségében a depressziós tüneteket, mint külön rizikófaktort nem vizsgálták. Azokban a vizsgálatokban, ahol a depressziós tüneteket és a vitális kimerültséget együtt vizsgálták, az eredmények ellentmondásosak. Kopp és mtsai hazai vizsgálatukban (100) különbséget találtak a depresszív tüneteket és a vitális kimerültséget egyéb rizikófaktorokhoz való viszonyában, amely a két konstruktum különbözősége irányába mutat, ugyanakkor Wojciechowski és munkatársai (176) a vitális kimerültséget - két különböző skálával is mért - depressziós tünetekkel összehasonlítva többféle vizsgálati elrendezésben is olyan magas korrelációs értékeket találtak, mely megkérdőjelezi a vitális kimerültség önálló, depresszív tünetektől független létezését. A vitális kimerültség és a depressziós tünetek viszonya kardiovaszkuláris betegségekben tehát további tisztázásra szorul.

2.3.3.2 D típusú személyiség

A D típusú személyiség koncepcióját Johan Denollet dolgozta ki. A modell szerint a D típusú személyiségek két fontos alapvető vonás- („trait”) jellemzővel rendelkeznek, melyek hosszú távon fennállnak és meghatározzák megküzdési módszereiket a stresszel és az élethelyzeti nehézségekkel. E szerint a D típusú személyiségek a nehézségekre adott reakcióját két tényező jellemzi: a negatív érzelmek és a szociális gátoltság vagy visszahúzódás. E miatt a két – együttesen fennálló - reakció miatt a D típusú személyiség sokkal nagyobb szubjektív stresszt él át a nehéz helyzetekben, mint a nem D típusú személyek.

Egyre több adat van arról, hogy a D típusú személyiség fontos szerepet játszik a kardiovaszkuláris morbiditásban és mortalitásban. A negatív érzelmek és szociális gátoltság jól azonosítható koronáriabetegek között (40). A D típusú személyiség fontos kockázati faktora a szívinfarktus utáni rossz prognózisnak (41, 42) és általában a koronáriabetegség rosszabb kimenetelének (43, 44, 134). Ugyanakkor nem történt még

D típusú személyiséggel kapcsolatos vizsgálat Kelet-Európában, ahol a kardiovaszkuláris morbiditás rendkívül magas (168, 101).

2.4 A vizsgálat előzményei

Kopp Mária és munkacsoportja 1988-ban (21 000 fő) és 1994/95-ben (12 370 fő) országos reprezentatív felméréseket végzett a magyar lakosság testi és lelki egészségi állapotának, ill. ezek pszichés és szociális háttértényezőinek vizsgálatára. Az alábbiakban röviden ismertetem az általam vizsgált kérdések előzményeit, hiszen ezek az eredmények sok esetben befolyásolták kérdésfeltevéseimet. A 2002-es Hungarostudy felmérést úgy terveztük, hogy adatai összehasonlíthatóak legyenek a két előző - elsősorban az 1995-ös - felméréssel, és választ kaphassunk néhány olyan érdekes kérdésre is, melyet a két előző felmérés vetett fel.

2.4.1 A depressziós tünetegyüttes gyakorisága a magyar lakosság körében 1988-ban és 1995-ben, országos reprezentatív felmérések alapján

A depressziós tünetegyüttes vizsgálata mind a két esetben a Beck Kérdőív rövidített változatával történt. 1988-ban enyhe, szubklinikus depressziós tünetek voltak észlelhetőek a lakosság 16.8%-nál, míg klinikailag szignifikáns, tehát nagy valószínűséggel a depresszió klinikai diagnosztikus küszöbét meghaladó (a Beck Kérdőíven elért összpontszám nagyobb vagy egyenlő mint 19 pont) esetek előfordulási gyakorisága 7.5%. 1995-ben a küszöbalatti depressziós tünetek gyakorisága 17.7%, míg a klinikai küszöböt nagy valószínűséggel elérő eseteké 14.1%, vagyis hét év alatt jelentős emelkedés történt, elsősorban a klinikai küszöböt meghaladó kategóriában (98Kopp és mtsai 1997). Mind a két vizsgálat megerősítette azt a jól ismert tényt, hogy a depressziós tünetegyüttes gyakorisága a korrallal emelkedik. Az 1995-ös felmérés egyik legfontosabb újdonsága az volt, hogy mind a depresszió gyakoriságának, mind súlyosságának legfontosabb háttértényezőjének az iskolázottság bizonyult. Fontos kérdésként vetődhet fel tehát, milyen esetleges pszichológiai tényezőkön keresztül érvényesül az iskolázottság (és a szociális-gazdasági helyzet) hatása, és az, hogy

általában az egyéb pszichoszociális háttértényezők milyen hatással lehetnek a depressziós tünetekre.

2.4.2 Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben 1988-ban és 1995-ben

1988-ban depressziós tünetekről (a küszöbalatti és klinikailag jelentős kategóriákat együttvéve) a férfiak 22.4%-a, a nők 25.8%-a panaszkodott, ugyanez 1995-ben 27.2 ill. 33.3% volt, vagyis a depressziós tünetegyüttes gyakorisága mind a két nemből emelkedett. Súlyos depressziós tünetek (Beck Kérdőív összpontszáma nagyobb vagy egyenlő 26) voltak észlelhetőek 1988-ban ill. 1995-ben 2.8 ill. 6.3% férfiak, 3.0 ill. 7.7% nők esetében. Látható tehát, hogy a nemzetközi szakirodalomból ismert 2:1 arányú különbség egyik vizsgálatban sem jelent meg.

A 1995-ös felmérés adatainak elemzését a nemi különbségek és egyes szociodemográfiai jellemzők vonatkozásában részletesen is elvégeztük (140). A klinikailag szignifikáns (Beck Kérdőív összpontszám nagyobb vagy egyenlő 19 pont) depressziós tünetek esetén a (női) nem által hordozott kockázat 1.26 (OR), amely éppen hogy eléri a statisztikailag szignifikáns szintet. A nemi különbségek hátterében a kor, a végzettség, a foglalkozás és egyes pszichoszociális stresszorok (munkanélküliség, nyugdíjazás, közeli hozzátartozó halála) szerepét vizsgáltuk. Eredményeink azt mutatták, hogy a veszteségeknek (nyugdíjazás, házastárs halála) nagyobb szerepük volt férfiak, ugyanakkor a kornak és az (alacsonyabb) végzettségnek nagyobb jelentősége volt nők között a depresszív tünetek vonatkozásában.

2.4.3 A depressziós tünetegyüttes összefüggései a kardiovaszkuláris morbiditással az 1995-ös felmérés alapján

Kopp Mária és a maastrichti egyetem munkacsoportja közösen elemezték a vitális kimerültség, depressziós tünetegyüttes és kardiovaszkuláris morbiditás kapcsolatát (100). Bár vizsgálatukban a két konstruktum szorosan összefüggött (közös variációjuk 38%-os volt), mégis különböző kapcsolatban álltak a kardiovaszkuláris morbiditással. A vitális kimerültség elsősorban a magasvérnyomás-betegséggel és a kardiovaszkuláris betegséggel kapcsolatos kezeléssel állt szoros kapcsolatban, a depressziós tünetegyüttes

pedig erősebben összefüggött pszichológiai tényezőkkel (vitális kimerültség, ellenségesség, élelcélok, önhatékonyság) valamint olyan másodlagos panaszokkal, mint képességcsökkenések, napi tevékenységekben való korlátottság.

2.4.4 A Hungarostudy 2002 tervezése

Fentiek alapján a 2002-es Hungarostudy vizsgálat tervezésekor különösen fontos kérdésnek tartottuk az alábbiakat:

1. Milyen nemi különbségek tárhatók fel a depressziós tünetegyüttesben, illetve háttértényezőinek elemzésekor?
2. Mi állhat annak a hátterében, hogy a korábbi adatokban a nemzetközi és hazai irodalomban publikáltaknál kisebb mértékű nemi különbségeket találtunk?
3. Milyen összefüggést mutatnak a depresszió és pszichológiai háttértényezői a kardiovaszkuláris morbiditással?
4. Mekkora önálló összefüggést hordoznak az egyes pszichoszociális háttértényezők egymáshoz, illetve irodalmi adatok által jól dokumentált biológiai kockázati tényezőkhöz (hypertónia, cukorbetegség) viszonyítva, a kardiovaszkuláris betegségek vonatkozásában.

Mivel keresztmetszeti vizsgálatról van szó, a kapcsolatok irányát vizsgálni nem tudjuk, ezért a vizsgált változókat nem rizikófaktoroként, hanem *háttértényezőként* tudjuk azonosítani.

A Hungarostudy 2002 felmérésből általam vizsgálni kívánt háttértényezők:

A vizsgálni kívánt háttértényezők – a bevezetővel összhangban, így az irodalmi hivatkozásokat ott tüntettem fel - a következők voltak:

1. Vitális kimerültség

Vizsgálatát azért tartottam szükségesnek, mert számos irodalmi adat szerint fontos kardiovaszkuláris rizikófaktor, ugyanakkor további kutatást igényel annak eldöntése,

hogy önálló pszichológiai konstrukció-e, vagy depressziós tünetek részleges manifesztációja.

2. Szorongás

Jelentős számú irodalmi adat támasztja alá (22, 23, 133, 64, részletesen lásd bevezető) a szorongás fontos etiológiai szerepét a depressziós tünetekben és az ebben észlelhető nemi különbségekben. Egyes vizsgálatok szerint fontos kardiovaszkuláris rizikófaktor, bár szerepéről kevesebb bizonyíték áll rendelkezésre, más vizsgálatok szerint szerepe nem bizonyított.

3. D típusú személyiség

Kardiovaszkuláris kockázatban játszott szerepét több irodalmi adat is bizonyítja, magyar vizsgálat ugyanakkor nem történt még a D típusú személyiséggel kapcsolatosan. Ugyancsak tisztázásra szorul depressziós tünetegyüttessel való kapcsolata, ezzel kapcsolatban nemzetközi közlemények sem állnak rendelkezésre.

4. Megküzdési készségek

Depressziós tünetegyüttessel való kapcsolatát több vizsgálat is igazolta. Susan Nolen-Hoeksema és mtsai modellje szerint a problémákon való rágódás (ruminatív megküzdés, 127) nők körében gyakoribb, hangulatzavarok szempontjából kockázatot jelentő megküzdési mód, a férfiak körében gyakoribb disztraktív (a problémából való kiszakadás, és a figyelem problémáról való elterelésének képessége) megküzdés pedig fontos védőfaktor, így a megküzdési készségek nagyban hozzájárulhatnak a depresszióban észlelhető nemi különbségekhez. Ugyanakkor az artefakt elméletek szerint az irritábilis, impulzív viselkedés részjelensége lehet a férfi depresszióknak. Vizsgálatunkban ruminatív megküzdésre vonatkozó kérdés nem szerepelt, disztraktív megküzdésre, impulzivitásra, irritabilitásra vonatkozó azonban igen. Kíváncsi voltam továbbá arra, hogy egyéb megküzdési készségekben (pl segítség keresése, kognitív újrastrukturálás, appetitív viselkedés) észlelhetők-e nemi különbségek a depressziós tünetek vonatkozásában.

5. Diszfunkcionális attitűdök

A diszfunkcionális attitűdök a depresszió kognitív modellje szerint fontos szerepet játszanak a depresszió kialakulásában, ugyanakkor a nemi különbségekben játszott szerepüket még nem vizsgálták.

6. Kor és szocioökonómiai státusz

E két változót elsősorban kontroll-változóként használtuk, bár önálló szerepük a depressziós tünetegyüttesben a kor esetében régóta, a SES esetében az újabb epidemiológiai vizsgálatok

3. Módszer

A 2002-es Hungarostudy országos reprezentatív lakossági felmérés

3.1 Minta

A mintát a 2002-es országos reprezentatív lakossági felmérés (Hungarostudy) résztvevői alkotják. A Hungarostudy célja a lakosság testi-lelki egészségi állapotának ill. ennek pszichoszociális háttértényezőinek vizsgálata volt. A mintavétel során azt tartottuk szem előtt, hogy a résztvevők véletlenszerű kiválasztás alapján reprezentálják kor és nem szerint a 18 éves és a feletti népességet. Ezen kívül fontos szempont volt még a lakóhely szerinti reprezentativitás is (térség ill. településtípus szerint). Az eredeti 14.000 fős (valamint 14 000 fő tartalék) mintát a BM Központi Adatfeldolgozó Nyilvántartó és Választási Hivatala készítette el. A minta a megfelelő korú lakosság 0.18%-át képviseli.

A kérdőív közel 700 kérdést tartalmaz, és interjú formájában került felvételre. Az interjúkat területi védőnők vették fel, akiket korábban kétszer egy napos tréning ill, próbainterjúzás segítségével képeztünk ki. A lekérdezés 2002 januárja és júniusa között zajlott. A visszautasítási ráta 17.6%-os volt, mely reprezentatív lakossági felmérések esetében nemzetközi viszonylatban alacsonynak mondható a résztvevők 56.9%-utánkövetéses vizsgálatra is vállalkozott. A visszautasítási arány a 18-39 éves budapesti

vagy Pesti megyei férfiak közt volt a legmagasabb, de itt sem lépte túl a megengedhető statisztikai tűréshatárt.

A vizsgálatban 5666 férfi (44.8%) és 6987 nő (55.2%) vett részt.

A mintát 3 korcsoportra osztottam. A 18-34 éves, fiatalnak tekintett korosztályban (a teljes minta 29.2%-a) a még tanulók aránya sokkal magasabb, életpályájuk, családi és foglalkozási karrierjük elején állnak. A második korcsoportot a 35-64 korosztály alkotja (a teljes minta 50.4%-a). Ebben a korban a legjellemzőbb a nők többszörös szereprendszere, és az ezzel együtt járó pszichoszociális stressz. A harmadik korcsoportot a 65 évesnél idősebb korosztály alkotja (a teljes minta 20.5%-a), mely feltételezésünk szerint alapvetően más pszichoszociális problémákkal jár, mint az első két korcsoport. A nemek arányát a korcsoportokon belül a 3/1 Táblázat szemlélteti.

3.1 Táblázat. A nemek aránya a minta különböző korcsoportjaiban

Korcsoportok	Férfi	Nő
18-34	47.4%	52.6%
35-64	46.5%	53.5%
65+	36.8%	63.2%

3.2 Mérészközök

3.2.1 Szocio-ökonómiai státusz (SES)

A SES változót három másik változóból képeztük:

1. jövedelem
2. foglalkoztatottság
3. végzettség

1. *Jövedelem:*

Az alábbi jövedelemre vonatkozó kérdéseket használtuk vizsgálatunkban a SES változó kialakításában:

Mennyi háztartásának havi jövedelme (nettó):

A válaszadás a következő kategóriák szerint volt lehetséges:

2. 0-50 000 Ft
3. 50-100 000 Ft
4. 100-150 000 Ft
5. 150-200 000 Ft
6. 200-250 000 Ft
7. 250-300 000 Ft
8. 300-500 000 Ft
9. 500-700 000 Ft

A háztartásra vonatkozó (családi) jövedelem esetében a jövedelem változó kategóriáinak közepéből átlagjövedelem változót alakítottunk ki (pl.50-100 000-nél 75 000 lett az átlagérték), és ezt elosztottuk a lakásban lakók számával.

2. *Foglalkoztatottság:*

A Hungarostudy kérdőívben eredetileg szereplő foglalkoztatásra vonatkozó kérdés:

Milyen jellegű munkát végez vagy végzett?

0. Nincs foglalkozása, soha nem dolgozott
1. Segédmunkás
2. Betanított munkás
3. Szakmunkás
4. Nem diplomás vezető, irányító
5. Szakalkalmazott
6. Ügyviteli dolgozó
7. Diplomás vezető

A fenti 7 kategóriából az egyes és kettes kategóriákat összevontuk, s így a következő új kategóriákat alakítottuk ki:

0. Nincs foglalkozása
1. Szakképzetlen fizikai
2. Szakképzett fizikai
3. Ügyviteli
4. Szakalkalmazott
5. Vezető, diploma nélkül
6. Diplomás vezető.

3. *Végzettség:*

A „Legmagasabb végzettsége” kérdésre az alábbiak szerint lehetett válaszolni:

1. Kevesebb, mint nyolc általános
2. Nyolc általános
3. Szakmunkásképző
4. Szakközépiskolai érettségei
5. Gimnáziumi érettségi
6. Főiskolai v. egyetemi diploma

A végzettség esetében kétszer két kategóriát vontunk össze, így a következő kategóriákat kaptuk:

1. Nyolc általános vagy kevesebb
2. Szakmunkás
3. Érettségi
4. Felsőfok

Az így képzett három változóból faktoranalízis útján képeztünk új, látens változót.

Mivel ez folyamatos változó volt 0-ra normalizálva, a könnyebb kezelhetőség érdekében 25%, 50%, 75% határokat véve („ranking” módszer) alkottuk meg a négykategóriás SES változót.

3.2.2 *Depressziós tünetek*

A korábbi vizsgálatokkal való összehasonlíthatóság miatt (98, 99, 102) a Hungarostudy esetében is úgy döntöttünk, hogy a depressziós *tünetegyüttest* a Beck kérdőív rövidített, 9 tételes magyar változatával mérjük. A Beck kérdőívet eredetileg a depresszió súlyosságának mérésére fejlesztették ki, hamarosan azonban a leggyakrabban használt depresszió-mérőeszközzé vált mind a klinikai munkában, mind a kutatásban (16, 17).

Az 1995-ös, és a 2002-es felmérés között több hazai és nemzetközi vizsgálat is közlésre került a kérdőív kiváló pszichometriai tulajdonságairól. Az összpontszám megfelelően megválasztott kategorizációjával a kérdőív magas szenzitivitással és specificitással méri a depressziós tüneteket (109, 144). A rövidített Beck-kérdőív 9 tételes magyar változatának specificitása major depresszióban Rózsa és mtsai (144) a DIS-sel (specifikus diagnózis alkotására alkalmas pszichiátriai diagnosztikus interjú) történő összehasonlító vizsgálata szerint elérte a 97.5%-ot. Bár mint látható specificitása magas, klinikai diagnózis alkotására (tehát a depressziós zavar fajtájának elkülönítésére) nem alkalmas, de a depresszív állapot súlyosságának viszont érzékeny mérőeszköze.

A kilenc tétel az alábbi tünetekre kérdez rá: munkaképesség-csökkenés, közömbösség, érdeklődés elvesztése, döntésképtelenség, alvászavar, fáradtság, testi panaszok, reménytelenség, önvádolás.

A skála négyfokozatú (0 egyáltalán nem jellemző, 1. alig jellemző, 2 jellemző, 3 teljesen jellemző). A rövidített Beck kérdőív összpontszámát az eredeti verzióra átszámolva (összpontszám /9 x 21) a kapott érték alapján négy kategória állítható fel: 0-9 depressziós tünetek nem jellemzőek, 10-18 enyhe depressziós tünetek, 19-26 kp súlyos depressziós tünetek, 26 felett súlyos depressziós tünetek. Klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttesnek, vagyis a depresszió klinikai küszöbét nagy valószínűséggel meghaladó alcsoportba tartozónak tekinthető az a személy, akinél a rövidített BDI átszámolt összpontszáma nagyobb vagy egyenlő 19-el, (97, 98, 99, 144).

Enyhe, küszöbalatti depressziós csoportként határoztam meg azt az alsóportot, melynek összpontszáma 10 és 18 pont közé esett.

A Hungarostudy 2002 felmérésben a rövidített Beck Kérdőív reliabilitási mutatója (Chronbach alfa) 0.85.

Amikor az egyes tételeket külön vizsgáltam, a nem és alig jellemző (0, ill. 1) ill. a jellemző és teljesen jellemző (2, 3) kategóriákat összevontam.

3.2.3 A vizsgálat szempontjából fontos megbetegedések vizsgálata

Az egyes megbetegedéseket egy 39 tételből álló betegséglista segítségével vizsgáltam. A betegségcsoportot négy értékű skálán kellett megítélnie a válaszadónak: „Állott-e kezelés alatt a *nevezett betegség* miatt?” 0. Nem, 1. Valaha, 2. Egy éven belül, járóbetegként kezelték, 3. Egy éven belül, kórházban kezelték.

A vizsgálatomban a következő betegségekkel kapcsolatban szerzett adatokat használtam fel:

- Depresszió
- Agyérbetegség
- Szívinfarktus
- Egyéb szív- érrendszeri megbetegedés
- Magas vérnyomás
- Cukorbetegség

Az egyéb szív- érrendszeri megbetegedés kategóriába tartozókat ischaemiás szívbetegséggént kezeltem, hiszen ennek előfordulási gyakorisága sokszorososa minden más szív- érrendszeri betegségnek, a középkorú és idősebb korosztályban ez tekinthető az abszolút domináns szív- érrendszeri betegségnek. Az egyéb - nem ischaemiás - szív- érrendszeri betegségek előfordulási gyakorisága eltölpül az ischaemiás szívbetegség mellett, feltételezésünk szerint a mintát nem torzítja, és így a csoport gyakorlatilag ischaemiás szívbetegként kezelhető.

A kardiovaszkuláris morbiditás vizsgálatakor a minta 35 év feletti részét elemeztük, hiszen lényegében a népesség ezen részében van az arterioszklerózisnak és

következményeinek nagy népegészségügyi jelentősége, és ez a csoport reprezentálja a típusosan zajló arterioszklerotikus alapú szív- érrendszeri betegségeket. Az *infarktuson átesett* vagy *agyérbeteg* csoport és a szív- érrendszeri betegséggel jellemezhető csoport átfedést mutat, hiszen mind az agyérbetegségek, mint a szívinfarktus ugyanazon alapbetegség (a szisztémás arterioszklerózis) szövődményei. A változók vizsgálatakor elkülönítettem azt az alcsoportot a szív-érrendszeri betegséggel jellemezhetőek közül, melynek sem infarktusa, sem agyérbetegsége nem volt, és ezt *szövődménymentes szív-érrendszeri beteg csoportnak* kereszteltem el.

Az egyes betegségcsoportok elemzésekor az egyes kérdéseknél külön vizsgáltam az egy éven belül kezelteteket és a valaha kezelésben részesülteket. Az egy éven belüli kezelés vizsgálatánál az „*Egy éven belül járóbetegként kezelték*” ill. „*Egy éven belül kórházban kezelték*” kérdésekre adott válaszok értékeit egy kategóriába vontam össze.

A depresszióval való orvoshoz fordulás és az aktuálisan a rövidített Beck Kérdőívvel mérhető depressziós tünetek kapcsolatának vizsgálatakor az egy éven belül kezelt ill. a valaha kezelt csoportok arányait is összehasonlítottam. Amikor a depresszióval való orvoshoz fordulás pszichoszociális háttértényezőit elemeztem, az egy éven belül kezelt csoportot vizsgáltam, hiszen az aktuálisan mért pszichológiai állapot egy nagyjából aktuálisan zajlott vagy zajló (egy éven belüli) kezeléssel hasonlítható össze.

A szív- érrendszeri betegségek és pszichológiai tényezők elemzésekor – tekintve, hogy krónikus betegségről van szó - a vizsgálatba minden olyan személy beválogattam, aki valaha szív- érrendszeri betegség, agyérbetegség, vagy szívinfarktus miatt kezelésben részesült, mivel kérdésfelvetéseim nem tették indokolttá a betegségkezdet figyelembe vételét.

3.2.4 Szorongás

A szorongást a „Feszült vagy ideges voltam” kérdéssel mértük, melyet 0-3 fokozatú skálán kellett megítélni: egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző. A változó átalakításakor a nem és alig jellemző ill. a jellemző és teljesen jellemző kategóriákat vontam össze. Így a szorongás prevalenciája 25.3% volt (férfiak: 21.7% nők: 28.2%).

Az általunk használt egy kérdés csak becslő jellegű, természetesen nem alkalmas a szorongásos tünetcsoport szerepének finomabb analizésére. Mivel azonban a szorongás szerepe a hangulatzavarokban hatalmas irodalommal rendelkezik, részletesen nem kívántuk elemezni.

3.2.5 Vitális kimerültség

A vitális kimerültség mérésére a Vitális Kimerültség Kérdőív rövidített magyar változatát használtuk (7, 100). Az eredeti 21 ítemes kérdőív Paul Falger rövidítette le (53), és Kopp Mária és mtsai (100) adaptálták magyarra. A vitális kimerültség kategorizálásánál az elérhető maximális 10 pontból ≥ 7 pontnál állapítottuk meg a leválasztási határt, mert azokat az eseteket kívántuk vizsgálni, akik biztosan jelentősen vitálisan kimerült kategóriába estek (vizsgált minta 10%-a). 0-3 pontig esik az esetek 66%-a, ezeket vitális kimerültségtől mentes csoportnak tekintettük a 4-6 közé eső eseteket átmeneti csoportnak tekintettük (24%).

3.2.6 D típusú személyiség

A D típusú személyiség skála (Type D Scale, 41) magyar változatának kialakítása. Az eredeti 14 tételes változatot a három független fordító magyarra fordította, majd a közösen kialakított verziót egy angol anyanyelvű fordító visszafordította angolra. Az eredetivel így összevetett fordításból alakítottuk ki a magyar változatot. A Hungarostudy többi kérdéséhez való jobb illeszthetőség miatt az eredetileg 5 fokozatú skálát a Hungarostudyban általánosan használt 4 fokozatú skálává alakítottuk át. Első lépésben a skála pszichometriai elemzését végeztük el. A kérdőív belső konzisztenciáját vizsgálva azt találtuk, hogy a Cronbach α érték a NA és SI skálákra 0.88 és 0.76, mely az NA skála esetében megfelelően erős érték, az SI skála esetében viszont elmarad külföldi DS14 kérdőívek értékeitől. Faktoranalízissel kirajzolódott a kérdőív kétfaktoros struktúrája.

A SI skála viszonylag alacsonyabb belső konzisztenciája háttérében azt találtuk, hogy a két fordítottan kódolandó kérdésre adott válaszok gyakorlatilag véletlenszerű eloszlást

mutatnak. Ezért ezeket a kérdéseket, valamint az NA alskála belső konzisztenciát leginkább gyengítő két kérdését kihagytuk, és így egy 10 itemes skálát kaptunk (DS 10, melynek öt kérdése a szociális gátoltságra (SI), öt kérdése a negatív érzelmekre vonatkozik. Az így kapott skála pszichometriai mutatói lényegesen jobbnak bizonyultak (Cronbach α érték a NA és SI skálákra 0.87 és 0.84 – re változott, a faktorstruktúra a 3.2-es táblázatban látható)

3.2 táblázat A D típusú személyiség kérdőív magyar változatának faktorstruktúrája elsőfokú komponens analízissel, a válaszadásban véletlenszerű eloszlást mutató kérdések kihagyásával

	Faktor 1	Faktor 2
Gyakran érzem boldogtalannak magam	.762	
Gyakran vagyok ingerült	.763	
Gyakran rossz a hangulatom	.786	
Sokszor kapom magam azon, hogy aggódok valami miatt	.732	
Gyakran magam alatt vagyok	.807	
Gyakran érzem magam gátoltnak a társas kapcsolatokban		.633
Nehezen kezdek el egy beszélgetést		.805
Zárkózott ember vagyok		.813
Inkább távol tartom magamtól az embereket		.767
Ha más emberekkel vagyok együtt, gyakran nem találok a megfelelő szavakat a beszélgetéshez		.700
Megmagyarázott variancia %	50.24	13.81

3.2.7 Megküzdési stratégiák

A megküzdési stratégiákat a Folkman-Lazarus - féle konfliktusmegoldó kérdőív meghatározott tételeinek segítségével vizsgáltuk. Az eredeti 44, majd 22 tételes rövidített változatból azt a 15 tételt használtuk a Hungarostudyban, melyek az 1995-ös felméréskor is felvételre kerültek, és ezt kiegészítettük egy 16. tétellel, a humorral, mely feltételezésünk szerint fontos protektív tényező a nehézségekkel való megküzdésben. A tételeket a többi kérdőívhez hasonlóan négyfokozatú skálán kellett értékelni (0. egyáltalán nem jellemző, 1. alig jellemző, 2. jellemző, 3. teljesen jellemző). A felhasznált tételek a az 1995-ös és a Hungarostudy felmérésben következők voltak:

1. Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem (Probléma analízis)
2. Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valamilyen jó is származzon a dologból (Kompromisszumkeresés)

3. Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derûsen felfogni a dolgokat (Újrastrukturálás)
4. A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött (Kreativitás)
5. Más emberként kerültem ki a helyzetből – jó értelemben véve (Énkép újrastrukturálódás)
6. Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni, szabadságra menni (Disztraktív megküzdés)
7. Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültségemet (Appetitív magatartás)
8. Nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam (Gyógyszerszedés)
9. Egy lapra tettem fel mindent, valami nagyon kockázatosba fogtam (Kockázatvállalás)
10. Egy általam nagyra tartott baráttól vagy rokontól kértem tanácsot (Segítség keresése)
11. Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok (Bezárkózás)
12. Másokon vezettem le a feszültséget (Impulzivitás)
13. Több különböző megoldást találtam a problémára (Megoldásközpontú megküzdés)
14. Imádkoztam (Imádkozás)
15. Igyekeztem a dolgot a másik személy szempontjából nézni (Szempontváltás)
16. Próbáltam humorosan felfogni helyzetet (Humor)

A skála felhasznált tételeit kérdésenként elemeztem. Nem vizsgáltam a „Nyugtatók, gyógyszerek szedésével próbálkoztam”, az „Imádkoztam” és a „Más emberként kerültem ki a helyzetből”, tételeket, mert a depresszió szempontjából nehezen értelmezhetőek (pl. nem kideríthető jelen vizsgálatból, hogy a gyógyszerek, nyugtatók szedése inadekvát öngyógyítás, vagy adekvát, orvos által javasolt terápia-e), vagy inkább a depressziós állapot kimenetére vonatkoznak. A kérdéseket jelen esetben is kétértékű változóként használtuk, összevonva a nem és alig jellemző illetve a jellemző, nagyon jellemző kategóriákat.

3.2.8 Diszfunkcionális attitűdök

A Diszfunkcionális Attitűd Skála rövidített változatát (169, 26) Kopp Mária fordította magyarra. A rövidített skála a hét vizsgálat attitűddel (elismerésigény, szeretetigény, teljesítményigény, perfekcionizmus, jogos elvárások, onnipotencia, külső/belső kontroll) kapcsolatban 5 itemet tartalmazott (vagyis összesen 35 itemet). 1995-ös országos felmérésükben Kopp és mtsai a kérdőívet tovább rövidítették: a hét attitűdöt egyenként vizsgáló 5 kérdésből a legnagyobb megbízhatóságú (Chronbach α) kérdést megtartva hét itemes skálához jutottak, mely így minden egyes attitűdre a legjellemzőbb kérdést tartalmazza (100). Az egyes attitűdöket vizsgálatomban külön, egyenként elemeztem az alábbi kérdésekkel:

1. Személyes értékem nagyrészt attól függ, hogy mások mit gondolnak rólam (Elismerésigény)
2. Ha nem viszonzják a szeretetemet, az azt jelenti, hogy nem vagyok szeretetre méltó (Szeretetigény)
3. Ha sikertelen vagyok a munkámban, sikertelen ember vagyok (Teljesítményigény)
4. Elkeseredem, ha hibát követek el (Perfekcionizmus)
5. Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonzni fogja (Jogos elvárások)
6. Képesnek kell lennem arra, hogy mindenkinek segítsék, ha rászorul (Omnipotencia)
7. Boldogságom nagyrészt attól függ, hogy mi történik velem (Külső/belső kontroll)

A kérdéseket a megküzdési stratégiák kérdéseihöz hasonlóan kétértékű változóként kezeltem, összevonva a nem és alig jellemző illetve a jellemző, nagyon jellemző kategóriákat.

3.3 Statisztikai analízis

Dolgozatomban a keresztmetszeti vizsgálatokban használt leíró statisztikákat alkalmaztam. A vizsgált jellemzők pontprevalenciái mellett meghatároztam a változók kapcsolatának erősségét keresztábrával, megadva a phi értéket és a szignifikancia

szintet. A kétértékű változók esetén az összefüggés erősségének mértékét (esélyhányados növekedés, OR) adtam meg az egyes csoportokban, mindenütt 95% konfidencia intervallumot (CI) használva. Többszemponos analízisként stepwise (forward conditional) logisztikus regressziót alkalmaztam szintén 95%-os konfidencia intervallum mellett.

4 Eredmények

4.1 Küszöbalatti és a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes

4.1.1 Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben

A küszöbalatti depressziós tünetegyüttes prevalenciája 15.3% (férfiak: 13.9%, nők 16.4%). A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes előfordulása a mintában 13.5% (férfiak: 12.1%, nők: 14.8%). Korcsoportonkénti bontásban látható, hogy a depressziós tünetek előfordulása a korról mindkét nemben emelkedik (4.1 Táblázat).

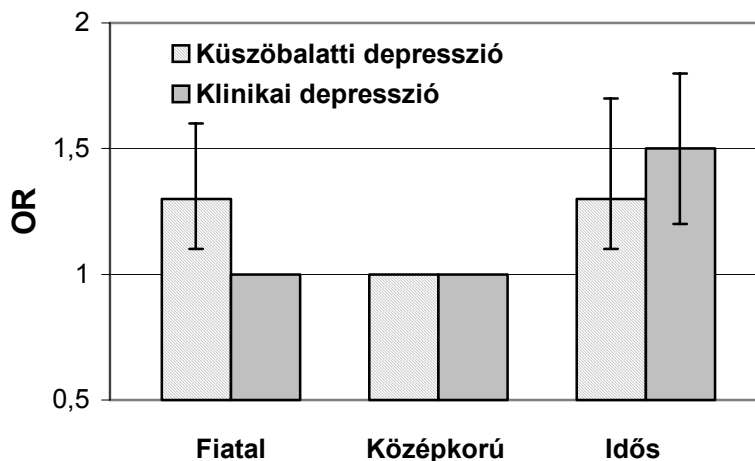
4.1 Táblázat. A depressziós tünetegyüttes prevalenciája nem és kor szerinti bontásban

Kor	Küszöbalatti depressziós tünetegyüttes prevalenciája				Nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes prevalenciája			
	Férfiak		Nők		Férfiak		Nők	
	N	%	N	%	N	%	N	%
fiatal	165	9.6	232	12.1	81	4.8	101	5.3
középkorú	438	15.2	562	16.8	383	13.3	475	14.1
idős	164	18.1	324	20.8	198	21.9	430	27.6

A nőknek szignifikánsan nagyobb esélye van arra, hogy a küszöbalatti (OR=1.3, CI=1.1-1.4), illetve a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós kategóriába essenek (OR=1.3, CI=1.2-1.5).

Ez az esélyhányados elég alacsony, és a különböző korcsoportokban nem éri el a szignifikáns szintet a középkorúaknál illetve a fiataloknál a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió esetén (4.1.Ábra).

4.1 Ábra. A depressziós tünetegyüttes kockázatnövekedése nőknél férfiakhoz viszonyítva



A következő lépésben elemeztem, hogyan viszonyulnak a szocioökonómiai státusz (SES) kategóriái a depressziós tünetegyütteshez. A SES és a depressziós tünetegyüttes fordított összefüggést mutatnak. Az alacsony SES rétegben a mind a küszöbalatti ($\phi=0.15$, $p=0.000$), mind a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió ($\phi=0.28$, $p=0.000$) előfordulása szignifikánsan magasabb, mint a másik két SES kategóriában (4.2. Táblázat).

4.2 Táblázat. A depressziós tünetegyüttes prevalenciája nem és SES szerinti bontásban.

SES	Küszöbalatti depressziós tünetegyüttes prevalenciája				Nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes prevalenciája			
	Férfiak		Nők		Férfiak		Nők	
	N	%	N	%	N	%	N	%
alacsony	178	18.1	447	21.8	240	25.2	562	27.3
közepes	262	15.3	205	15.6	226	13.3	112	14.6
magas	328	11.7	466	13.5	187	6.7	254	7.3

A nemi különbségekre vonatkozóan az esélyhányados az alacsony SES csoportban sem éri el a kétszeres értéket nőknél (Küszöbalatti depressziós tünetegyüttes: OR=1.3, CI=1.1-1.6, Nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió: OR=1.2, CI=1.1-1.6). A magasabb SES kategóriákban a nemi különbségek nem szignifikánsak.

A várt nemi különbségek csekélyége miatt, a rövidített Beck Kérdőív egyes tételeit külön-külön is megvizsgáltam. A *munkaképeség-csökkenés* (OR=1.0, CI=0.8-1.0) és a *közömbösség* (OR=1.0, CI=0.9-1.1) tüneteken kívül, minden tünetben szignifikáns, alacsony esélyhányados-növekedés volt megfigyelhető nőknél (4.3. Táblázat). Az egyes tételekre vonatkozó esélyhányadosok között szignifikáns különbség csak az *Érdeklődés elvesztése* és az *Önvádolás* között jelentkezik.

4. 3. Táblázat. Esélyhányados növekedés nőknél a rövidített Beck Kérdőív egyes tételeiben

Beck Kérdőív tételek	OR	CI
<i>Érdeklődés elvesztése</i>	1.2	1.1-1.4
<i>Döntésképtelenség</i>	1.3	1.1-1.5
<i>Alvászavar</i>	1.4	1.3-1.5
<i>Fáradtság</i>	1.4	1.2-1.5
<i>Testi panaszok</i>	1.4	1.3-1.6
<i>Reménytelenség</i>	1.3	1.2-1.5
<i>Önvádolás</i>	1.7	1.5-2.0

A következő lépésben megvizsgáltam, eltér-e a kérdőív faktorstruktúrája a két nem esetében (4.4 Táblázat). Ennek segítségével megjeleníthetők lennének bizonyos rejtett, az összpontszámból vagy itemek analiziséből nem látható eltérések.

4.4. Táblázat. A rövidített Beck Kérdőív faktorstruktúrája férfiakat és nőket külön vizsgálva főkomponens analízissel

	Férfiak	nők
Érdeklődés elvesztése	0.611	0.643
Döntésképtelenség	0.622	0.657
Alvászavar	0.605	0.609
Fáradtság	0.733	0.750
Testi panaszok	0.740	0.756
Munkaképesség –csökkenés	0.721	0.701
Reménytelenség	0.768	0.783
Közömbösség	0.746	0.770
Önvádolás	0.569	0.563

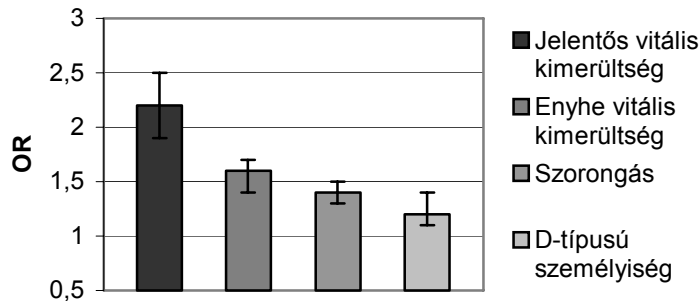
A táblázatból látható, hogy a rövidített Beck Kérdőív faktorstruktúrája lényegében azonos, rejtett nemi különbségek tehát ebből az aspektusból sem tárhatóak fel.

4.1.2 Nemi különbségek a vitális kimerültségben, a szorongásban és a D-típusú személyiségben

A nők szignifikánsan többen tartották magukra jellemzőnek a vitális kimerültséget és a szorongást, mint a férfiak, és többen kerültek a D-típusú személyiség kategóriába is. A 4.2. Ábrán látható szignifikáns kockázatnövekedés jelentős vitális kimerültség esetén a legnagyobb, D típusú személyiség esetén pedig éppen eléri a szignifikáns szintet.

A D típusú személyiség alskáláin kétmintás t próbával külön is elemeztük a nemi különbségeket. Mind a negatív érzelmek (NA) alskálán, mind a szociális gátoltság alskálán szignifikáns különbségeket kaptunk (NA: $t = -13,6$ mean dif: 1.1, $p = .000$, SI $t = -5.3$, mean dif -0.3 , $P = .000$). Ugyanakkor látható, hogy a negatív érzelmek alskálán a különbségek nagyobbak voltak.

4.2. Ábra. Nők esélynövekedése férfiakkhoz viszonyítva vitális kimerültség, szorongás, és D típusú személyiség esetén



4.1.3 A pszichológiai háttértényezők kapcsolata a SES-sel és a korrall

Mint láttuk, a depressziós tünetek fontos meghatározója a nem és a kor. Fontos tehát annak vizsgálata, hogy a pszichológiai háttértényezők hogyan viszonyulnak a SES-hez és korhoz, valamint annak, hogy a SES és a kor mekkora közvetett összefüggést közvetít a pszichológiai tényezők ill. a depressziós tünetek között. Feltételezésem szerint a pszichológiai háttértényezők sem függetlenek a kortól és a SES-től, ezért a 4.5. Táblázatban összefoglaltam a kapcsolatok erősségét jellemző phi értékeket. A 13 megküzdési stratégia és a 7 diszfunkcionális attitűd esetében a phi értékek tartományát adtam meg.

4.5. Táblázat. Az egyes pszichológiai háttértényezők szocioökonómiai státusszal és korrall való kapcsolata

	Vitális kimerültség	Szorongás	D-típusú személyiség	Megküzdési stratégiák	Diszfunkcionális attitűdök
SES	.23**	.13**	.11**	.003-.12**	.03*-.07**
Kor	.24**	.06**	.07**	.004-.18**	.01-.06**

A megküzdési stratégiák esetén a phi értékek viszonylag széles tartományban mozognak mind a kor, mind a SES esetében. A korrall való legerősebb összefüggést a segítség kérése ($\phi=0.18$) és a kompromisszumkeresés ($\phi=0.14$), míg a SES-sel a kreativitás ($\phi=0.12$) és a megoldás-központú megküzdés ($\phi=0.11$) mutatta.

4.1.4 A vitális kimerültség és a depressziós tünetegyüttes kapcsolata

Mivel a bevezetőben említett vizsgálatok adatai nem konzisztensek abban a tekintetben, hogy a vitális kimerültség és a depressziós tünetegyüttes mennyiben különbözik egymástól, és hogy valóban két különböző pszichológiai konstruktrumról van – szó, kapcsolatukat külön is elemeztük.

Fontos megvizsgálni, hogy a depressziós tünetegyüttes és a vitális kimerültség, mint kategorizált változók mennyiben fednek át, hiszen folytonos változók esetén a BDI és a vitális kimerültség összpontszám között $r=.67$ ($p=.000$) korrelációt találtam. A kategorizált változók együttjárását a 4.6. Táblázat mutatja.

4.6. Táblázat. A depressziós tünetegyüttes és a vitális kimerültség kapcsolata

Depresszió	Vitális kimerültség		
	Nincs	Enyhe	jelentős
nincs	6815 86.8%	1163 47%	130 12.3%
küszöbalatti	790 10.1%	716 28.9%	243 22.9%
klinikai	246 3.1%	596 24.1%	688 64.8%
Total	7851 100%	2457 100%	1061 100%

Az összefüggés erős ugyan ($\phi=.62$, $p=.000$), de az átfedés mégsem akkora, hogy megkérdőjelezzük a vitális kimerültség önálló sajátosságait, és egy, a rövidített Beck Kérdőívvel teljes átfedésben lévő, tulajdonképpen azonos változóról beszélhessünk.

4.1.5 A vitális kimerültség, a szorongás és a D-típusú személyiség együttes kapcsolata a depressziós tünetegyüttessel

A vitális kimerültség, a szorongás és a D-típusú személyiség depressziós tünetekkel való kapcsolatát logisztikus regresszióval vizsgáltam. Az elemzésben a korcsoportok és a SES is szerepeltek, mert nem függetlenek a fenti jellemzőktől. (ld. 4.1.3) A küszöbalatti, illetve nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes és a fenti jellemzők kapcsolatát a 4.7. Táblázat szemlélteti.

4.7. Táblázat. Küszöbalatti és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyütteshez társuló jellemzők

	Küszöbalatti depresszió			Nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió		
	Exp (B)	CI	N	Exp (B)	CI	N
Vitális kimerültség nem jellemző	*		7457	*		6922
enyhe	3.3	2.9-3.8	1820	6.2	5.2-7.5	1696
jelentős	6.7	5.2-8.6	355	32.2	24.7-42.0	775
Szorongás nincs jellemző	*		7883	*		7337
D típusú személyiség	3.3	2.9-3.8	1749	7.0	5.8-8.3	2056
nincs	*		9401	*		8920
van	2.5	1.9-3.4	231	5.3	3.9-7.3	473
Kor fiatal	*		3157	*		2944
középkorú	1.3	1.2-1.6	4840	2.1	1.7-2.6	4721
idős	2.0	1.7-2.4	1635	5.1	3.9-6.7	1728
SES magas	*		2005	*		2138
közepes	1.3	1.2-1.5	5268	2.0	1.6-2.4	4947
alacsony	1.8	1.6-2.1	2359	5.1	3.9-6.7	2308
Nem férfiak	*		4359	1.6	1.4-1.9	4264
nők	1.0	ns.	5273	*		5129

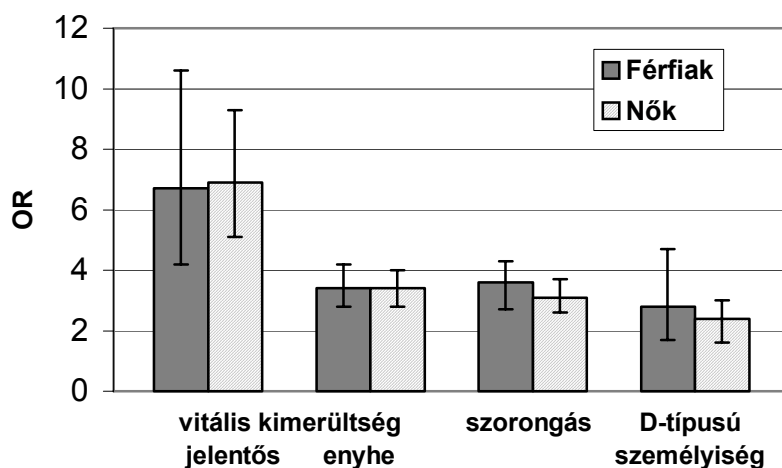
* a referencia kategóriát jelenti

Látható, hogy a vitális kimerültség függ legerősebben össze a depressziós tünetegyüttesrel. Minden változó erősebb együttjárást mutat a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió esetében, mint a küszöbalatti depresszióé. A nem esetében észlelhető (még éppen szignifikáns) gyengébb összefüggés valószínűleg annak köszönhető, hogy a (női) nem összefüggése a depressziós tünetekkel *nem független a többi vizsgált változótól.*

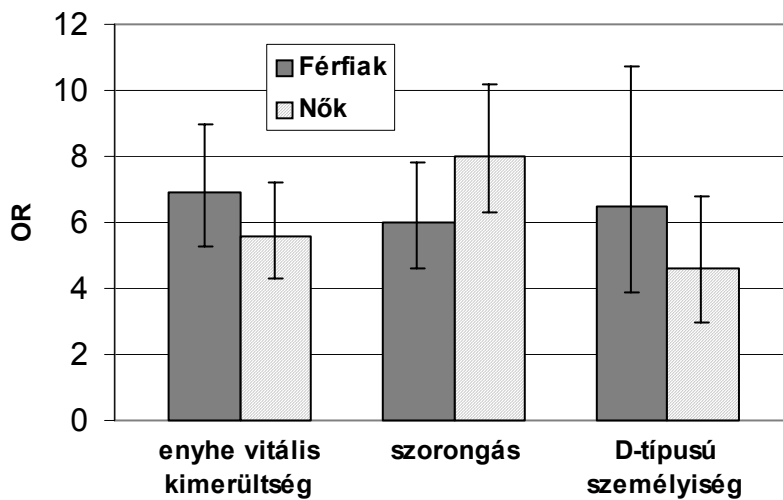
A következőkben nemek szerint vizsgáltam a fenti jellemzők kapcsolatát a küszöbalatti depressziós tünetegyüttesrel. Mivel az értékek nem tértek el szignifikánsan a fenti táblázatban található adatoktól, ezért a 4.3. Ábra csak a pszichológiai jellemzőket

jeleníti meg a két nemben. Látható, hogy egyik változó esetében sem találtunk szignifikáns nemi különbségeket.

4.3. Ábra. A küszöbalatti depressziós tünetegyüttes pszichológiai háttértényezőinek esélyhányadosai férfiakat és nőket külön vizsgálva



Az enyhe vitális kimerültség, a szorongás és a D-típusú személyiség kapcsolatát a klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttesel nemek szerint a 4.4. ábrán foglaltam össze. A pszichológiai jellemzők vonatkozásában nem állíthatjuk biztosan, hogy akár tendencia szintű különbség is jelentkezne a férfiak és nők pszichológiai háttér-profiljában. A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttesel jellemezhető csoport vizsgálatakor a jelentős vitális kimerültség konfidencia intervallumai igen tág határok között mozognak (férfiak: OR=30.9 CI=19.6-48.6, nők: OR= 31.4 CI=22.5-43.6), ezért nem ábrázoltam grafikusán a 4.4 Ábrán.



4.4. Ábra. A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió pszichológiai háttértényezőinek esélyhányadosai férfiakat és nőket külön vizsgálva

4.1.6 Megküzdési stratégiák és diszfunkcionális attitűdök kapcsolata a depressziós tünetegyüttessel

Annak eldöntésére, vannak-e nemi különbségek azok közt a megküzdési stratégiák és diszfunkcionális attitűdök között, amelyek leginkább kapcsolatban állnak a depressziós tünetegyüttessel, szintén logisztikus regressziót végeztem. A SES-t és a kort is bevettem az elemzésbe, mivel nem függetlenek többi vizsgált változótól. Mivel azonban a SES és a kor nem tértek el szignifikánsan a 4.5. Táblázat értékeitől, ezeket nem foglaltam bele a 4.8. táblázatba. A megküzdési stratégiák és a diszfunkcionális attitűdök közül csak azok szerepelnek, melyeknek értékelhető hatásuk volt.

4.8. Táblázat. A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyütteshez társuló megküzdési stratégiák és diszfunkcionális attitűdök nemek szerint

	Férfiak			Nők		
	Exp (B)	CI	N	Exp (B)	CI	N
Perfekcionizmus nincs jellemző	*		2352	*		2123
	1.7	1.5-2.3	1802	2.2	1.8-2.7	2813
Teljesítményigény nincs jellemző	*		3444	*		4226
	1.7	1.3-2.2	710	1.7	1.3-2.1	710
Szeretetigény nincs jellemző	*		3551	*		4270
	1.5	1.1-1.9	603	1.7	1.3-2.2	666
Appetitiv magatartás nincs jellemző	*		3365	*		4149
	1.8	1.4-2.2	789	1.4	1.1-1.8	787
Irritabilitás nincs jellemző	*		3831	*		4479
	1.6	1.1-2.2	323	2.2	1.7-2.9	457
Bezárkózás nincs jellemző	*		2938	*		3346
	1.4	1.1-1.8	1216	1.4	1.2-1.7	1590
Probléma-analízis jellemző	*		2073	*		2650
nincs	1.4	1.1-1.7	2081	1.7	1.4-2.1	2286
Újrastrukturálás jellemző	*		1790	*		2290
nincs	1.4	1.1-1.7	2364	1.0	Ns	2646
Kockázatvállalás nincs jellemző	*		3893	*		4680
	1.0	ns	261	2.3	1.6-3.2	256
Kreativitás jellemző	*		2534	*		3370
nincs	1.0	ns	1620	1.4	1.1-1.7	1566

* a referencia kategóriát jelenti

A táblázatból leolvasható, hogy a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdési stratégiák összefüggése a legtöbb esetben jelentősen kisebb a depressziós tünetegyüttesrel, mint a korábban vizsgált jellemzőké. Férfiaknál nem mutat összefüggést a kockázatvállalás és a kreativitás hiánya, míg a nőknél az újrastrukturálás hiánya. A disztraktív jellegű

megküzdésnek („Igyekeztem megszabadulni egy időre a problémától”) egyik nemből sem volt szignifikáns hatása.

4.2 Orvosi kezelés depresszió miatt

4.2.1 A depressziós tünetegyüttes és a depresszió miatti orvoshoz fordulás kapcsolata

A depressziós tünetegyüttes és az orvoshoz fordulás kapcsolata gyenge ($\phi=.23$, $p=.000$), mivel még a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió esetén is csak 20.3% az orvosi segítséget kérők aránya. A 4.9. Táblázatban láthatók az egy éven belüli, valamint a valaha történt depresszió miatti kezelések előfordulási gyakoriságai a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós alcsoportban.

4.9. Táblázat. Az egy éven belüli, valamint a valaha történt depresszió miatti kezelések előfordulási gyakorisága a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós alcsoportban.

Kezelés depresszió miatt			
Valaha kezelték	Egy éven belül kezelték	Soha kezelték	nem
N=193	N=145	1323	
11.6%	8.7%	79.7%	

4.2.2 Nemi különbségek a depresszió miatti orvoshoz fordulásban

A depresszió miatti egy éven belüli, vagy valaha történt kezelések arányait nemi bontásban a 4.10. Táblázat szemlélteti.

4.10. Táblázat. Az egy éven belüli, valamint a valaha történt depresszió miatti kezelések előfordulási gyakorisága a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós alcsoportban nemek szerint

	Kezelés depresszió miatt			
	Valaha kezelték	Egy éven belül kezelték	Soha kezelték	nem
Férfiak	N=54 8.2%	N=37 5.7%	757 75.4%	
Nők	N=139 13.8%	108 10.8%	566 86.1%	

A táblázatból látható, hogy a nők közötti kezelési arányok jóval magasabbak, mint a férfiaknál, az egy éven belüli – vagyis az aktuálisan észlelt depressziós tünetegyüttes kapcsolatba hozható – kezeléseknél a nemek aránya 1.9%, vagyis majdnem kétszer annyi nő fordul depressziós tünetei miatt orvoshoz, mint férfi.

A továbbiakban az aktuálisan észlelt depressziós tünetegyüttesrel kapcsolatos orvoshoz fordulást kívántam vizsgálni, így a depresszió miatti egy éven belüli ambuláns vagy kórházi kezelést választottam függő változónak. Ebben az alcsoportban a klinikailag depressziósok aránya 63.9% volt, mindössze a kezelték 36.1%-a nem bizonyult depressziósnak. Ugyanez az arány nőknél 64.3% és 35.7%, férfiaknál 62.7% és 37.3%.

A férfiak ill. nők közti sikeres kezelés különbsége nem szignifikáns (OR: 1.0, CI: 0.58-1.98).

A továbbiakban regressziós modellben vizsgáltam a depressziós tünetegyüttes hátterében erős hatásúnak talált pszichoszociális háttértényezők összefüggését az orvoshoz fordulással. A logisztikus regressziós modellben a kor, a SES és a nem is szerepel, mivel a nem önálló, független hatását kívántam igazolni (4.11. Táblázat).

4.11. Táblázat. Pszichoszociális háttértényezők egy éven belül depresszióval kezelték esetében

		Exp (B)	CI	N
Vitális kimerültség	nincs	*		7218
	Enyhe	2.7	1.9-4.0	2153
	Jelentős	10.0	6.8-14.8	819
Szorongás	nincs	*		7983
	Van	2.4	1.8-3.3	2517
D típusú személyiség	nincs	*		9968
	Van	1.9	1.4-2.6	532
Kor	fiatal	*		3208
	középkorú	2.0	1.4-2.9	5247
	Idős	1.0	Ns	2045
SES	magas	*		2540
	Közepes	1.0	Ns	5371
	Alacsony	1.0	Ns	2589
Nem	férfiak	*		4770
	Nők	2.3	1.8-3.1	5730

A logisztikus regresszióban a nők részvétele felerősödik az orvoshoz fordulás esetében, tehát ezt a hatást nem a szorongás vagy a vitális kimerültség közvetítik, hanem a női nem *ezeiktől független* hatásának az eredménye. A SES független az orvoshoz fordulástól. A középkorúak ugyanakkor - bár láttuk, itt kevésbé gyakori a depressziós tünetegyüttes - inkább kezeltetik magukat, mint az idősebb korosztály.

Fenti háttértényezők logisztikus regresszióval való elemzését elvégeztem az egy éven belül kezelt, de jelenleg is depressziós alcsoportban is. Az eredmények gyakorlatilag megegyeznek a teljes depressziós mintában kapottakkal (4.7 Táblázat) két különbséggel: a nemnek (hasonlóan a küszöbalatti depresszióhoz) nem volt szignifikáns önálló hatása, valamint a SES hatása jóval gyengébbnek bizonyult (közepes SES nem szignifikáns, alacsony SES: OR:6.07, CI: 1.86-19.75).

Mivel az orvoshoz fordulás maga is megküzdési stratégiaiként fogható fel, a továbbiakban logisztikus regressziót végeztük el a megküzdési stratégiák és a

diszfunkcionális attitűdök esetén is. Ebben az esetben a két nemet külön vizsgálatuk, mert arra voltunk kíváncsiak, hogy az orvoshoz fordulás háttérében állhat-e értékelhető nemi különbség a megküzdési stratégiákban vagy diszfunkcionális attitűdökben. A depresszióval való orvoshoz fordulás háttérében szignifikánsan jelen lévő diszfunkcionális attitűdöket és megküzdési stratégiákat a 4.12 Táblázatban foglaltam össze, nemek szerint.

4.12. Táblázat. A megküzdési stratégiák, diszfunkcionális attitűdök és a depresszióval orvoshoz fordulás nemek szerint

	Férfiak			Nők		
	Exp (B)	CI	N	Exp (B)	CI	N
Perfekcionizmus nincs jellemző	*		2456	*		2185
	2.5	1.4-4.6	1967	1.9	1.4-2.7	2986
Teljesítményigény nincs jellemző	*		3637	*		4433
	2.1	1.2-3.7	786	1.8	1.3-2.5	738
Appetitiv magatartás nincs jellemző	*		3555	*		4335
	2.2	1.3-3.8	868	1.7	1.2-2.3	836
Impulzivitás nincs jellemző	*		1154	*		4899
	1.0	ns	269	1.6	1.1-2.4	272
Probléma-analízis jellemző nincs	*		2184	*		2365
	2.0	1.1-3.5	2239	1.7	1.3-2.4	2806
Újrastrukturálás jellemző nincs	*		2509	*		2753
	1.9	1.0-3.2	1914	1.0	Ns	2418
Kor fiatal középkorú idős	*		1451	*		1588
	3.0	1.3-6.7	2320	3.5	2.3-5.5	2558
	3.8	1.5-6.7	652	2.3	1.3-3.9	1025
SES magas közepes alacsony	*		701	*		1404
	1.0	ns	1365	1.7	1.1-2.5	978
	1.0	ns	2327	1.8	1.3-2.5	2789

A táblázatból látható, hogy a depresszióval való orvoshoz fordulás háttérében feltárható diszfunkcionális attitűdökben és megbirkózási stratégiákban lényegében nem észlelhetők nemi különbségek, két kivétellel: az impulzivitás hatása a férfiakban nem

szignifikáns, nőkben igen, ugyanakkor az újrastrukturálás hatása férfiakban szignifikáns, és nőkben nem.

A SES hatását nemi bontásban ugyanakkor kiderült, hogy míg a közepes és alacsony SES szignifikáns részvétellel bír nők esetében a depresszióval történő orvoshoz fordulás hátterében, férfiaknál a SES-nek nincs szignifikáns hatása.

4.3 Szív- érrendszeri betegségek

4.3.1 A depressziós tünetegyüttes és a szívérrendszeri betegségek kapcsolata

A fiatal korúaknál 123 (3.5%) fő, a középkorúaknál 1139 (18.7%), az időseknél 1118 (44.3 %) állt kezelés alatt szív- érrendszeri megbetegedés miatt. A továbbiakban csak a közép és idős korosztályt vizsgáltam, mivel specifikus diagnózisok nem állnak rendelkezésre, a fiatalkorú szív- érrendszeri betegségben szenvedők koruknál fogva pedig igen kis valószínűséggel szenvednek arterioszklerotikus eredetű szív- érrendszeri betegségben, és semmiképpen nem reprezentálják a típusos arterioszklerotikus megbetegedéseket. A 35 év feletti populációban 2257 (26.2%) fő jelzett szív- érrendszeri betegséget, ezen belül 501 (5.8%) fő agyérbetegséget, és 386 (4.5%) fő szívinfarktust. A vizsgálatba minden olyan személy beválogattam, aki valaha szív- érrendszeri betegség, agyérbetegség, vagy szívinfarktus miatt kezelésben részesült, hiszen ezek megbetegedések krónikusak, a már kialakult arterioszklerotikus megbetegedés lényegében élethosszig fennáll, valamint kérdésfelvetéseim nem tették indokolttá a megbetegedés időpontjának figyelembe vételét. Ahol ettől eltértem – és csak az egy éven belül történő megbetegedést vizsgáltam -, ott külön jeleztem.

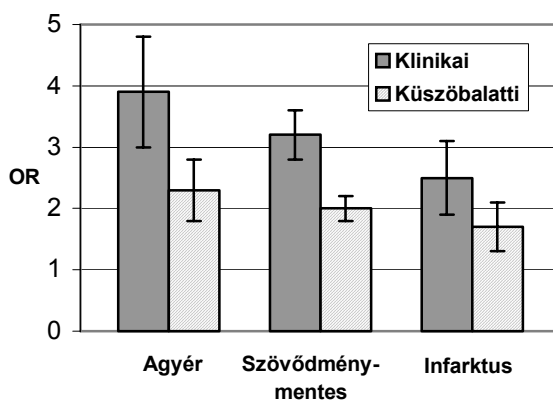
Első lépésben a különböző szív- érrendszeri betegség kategóriák és depressziós tünetegyüttes kapcsolatát vizsgáltam. A 4.13. Táblázat a küszöbalatti és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió előfordulási gyakoriságát mutatja a különböző szív- érrendszeri beteg csoportokban.

4.13. Táblázat. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága a különböző szív-, érrendszeri beteg csoportokban nemek szerint

Szív-, érrendsze ri betegs ég	Küszöbalatti depressziós tünetegyüttes prevalenciája				Nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes prevalenciája			
	Férfiak		Nők		Férfiak		Nők	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Szövődménymentes	104	21.2	206	22.9	127	25.9	253	28.1
Infarktus	52	22.4	25	17.4	68	29.3	48	33.3
Agyérbetegség	38	18.6	69	25.6	72	35.3	106	39.3

A szív- érrendszeri betegségcsoportban a küszöbalatti depressziós tünetegyüttes valószínűsége kétszeres (OR=2.0, CI=1.8-2.3), míg a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió esetében háromszoros (OR=3.1, CI=2.8-3.6). Az 4.5. Ábra az esélyhányados mértékét mutatja az eltérő betegségcsoportokban. Amennyiben csak az egy éven belüli szív- érrendszeri megbetegedéseket vesszük figyelembe, az esélyhányadosok megemelkednek (küszöbalatti depresszió: OR=2.6, CI=2.1-3.1, klinikai depresszió: OR=4.9, CI=4.2-5.8).

4.5. Ábra. A depresszió esélyhányadosai a szív- érrendszeri betegségcsoportokban



Az ábrából leolvasható, hogy mind a küszöbalatti, mind a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes jelentős gyakoriság-növekedéssel jár. Nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszió esetén a gyakoriság

növekedése nem különbözik szignifikánsan egymástól a különböző betegségszociális csoportokban. Hasonló hatást tapasztalunk a küszöbalatti depresszió esetében is. Továbbá, míg az agyér és szövődménymentes betegség csoportokban a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes jelentősen nagyobb összefüggést mutat, mint a küszöbalatti, addig ilyen különbséget az infarktus csoportban nem találunk, vagyis itt a szubklinikus és klinikai szintű depresszió valószínűsége között nincs szignifikáns eltérés.

4.3.2 A belgyógyászati rizikófaktorok és pszichés háttértényezők kapcsolata a szív-érrendszeri betegségekkel

Nemzetközi és hazai irodalmi adatok alapján vizsgáltam a depressziós tünetegyüttes mellett egyéb pszichoszociális háttértényezők és biológiai rizikófaktorok kapcsolatát is a szív-érrendszeri betegségekkel logisztikus regresszióval. Elsősorban arra voltam kíváncsi, hogy az olyan már évtizedek óta jól dokumentált belgyógyászati rizikófaktorokkal, mint magasvérnyomás-betegség, kettes típusú cukorbetegség összehasonlítva, milyen erős összefüggést mutatnak az egyes pszichológiai változók a két nemben.

A D-típusú személyiség (OR=1.86, CI=1.55-2.23) és a szorongás (OR=1.81, CI=1.63-2.01) enyhe összefüggést mutatott ugyan a szív-érrendszeri betegségekkel, de más háttértényezők jelenlétében önálló hatásuk nem volt. A 4.14. Táblázat foglalja össze a független hatással rendelkező háttértényezőket a két nemben.

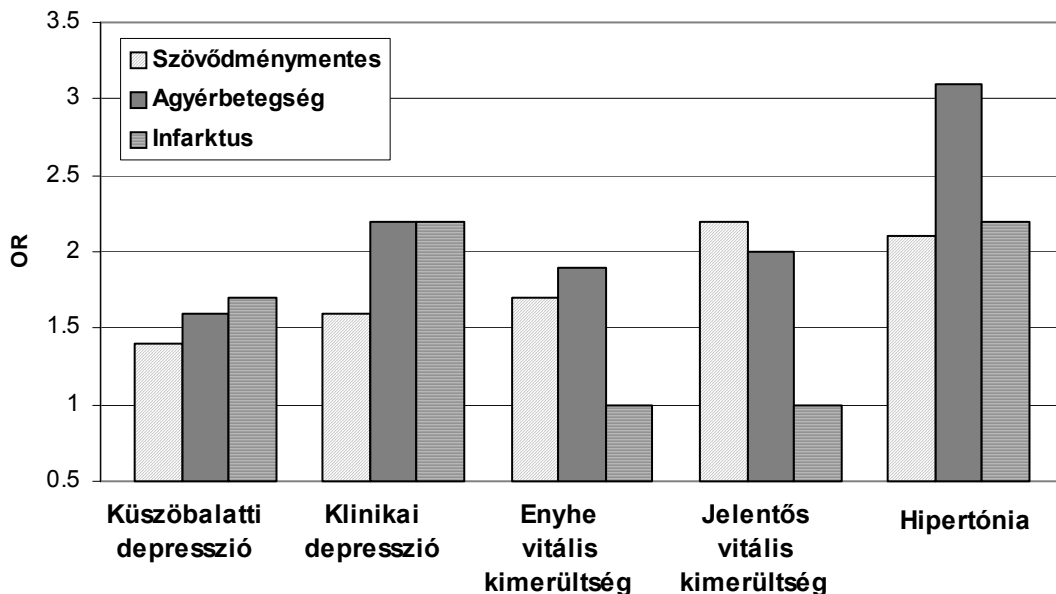
4.14. Táblázat. Szív-érrendszeri betegségekhez társuló háttértényezők nemek szerint

	Férfiak			Nők		
	Exp (B)	CI	N	Exp (B)	CI	N
Vitális kimerültség nem jellemző	*		2054	*		2163
enyhe	2.0	1.6-2.5	587	1.6	1.3-1.9	953
jelentős	2.7	1.9-4.0	207	2.0	1.5-2.6	499
Depressziós tünetek nem jellemző	*		2017	*		2354
küszöbalatti	1.5	1.2-2.0	435	1.5	1.2-1.8	642
nagy vsz	1.9	1.4-2.6	396	1.9	1.5-2.4	619
Klinikailag szignifikáns.						
Hipertónia nincs	*		2322	*		2688
van	2.6	2.1-3.2	526	2.4	2.0-2.8	927
Cukorbetegség nincs	*		2687	*		3704
van	2.2	1.6-3.2	161	1.0	Ns	208
SES magas	*		514	*		1211
közepes	1.0	Ns	1438	1.0	Ns	1818
alacsony	1.0	Ns	896	1,27	1.1-1.5	586

A táblázatból leolvasható, hogy a vitális kimerültség és a depressziós tünetegyüttes is összefüggést mutat a szívérrendszeri megbetegedésekkel, és ez a hatás független a belgyógyászati kockázati faktoroktól. A két tényező hatása egymástól is független. Az adatokból úgy tűnik, hogy a SES hatását a többi változó közvetíti.

Az agyérbeteg, infarktuson átesett, ill. szövődménymentes szív,- érrendszeri betegségeket külön vizsgálva mindenütt hasonló mintázatot kaptam, kivéve az infarktus esetében, ahol csak a depressziós tünetegyüttes és a hipertónia hordoz önálló összefüggést. A háttértényezők hatását a 4.6. Ábra mutatja be, ahol a hipertónia kivételével (az átfedő konfidencia intervallumok miatt) nem jelentkezik szignifikáns különbség az egyes betegségekben.

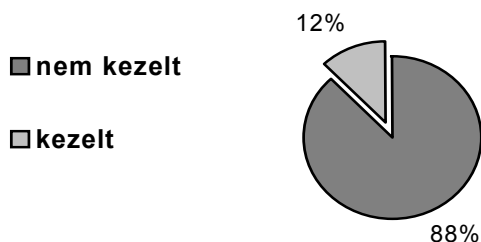
4.6. Ábra. A depresszió, a vitális kimerültség és a hipertónia kapcsolatának erőssége a szívérrendszeri betegségekkel



4.3.3 Orvosi kezelés depresszió miatt szív- érrendszeri betegségekben

Korábban láthattuk, hogy a szív- érrendszeri megbetegedés és a kérdőív kitöltésekor fennálló depressziós állapot összefüggenek. Megvizsgáltam, mekkora ezen a csoporton belül a depresszió miatt egy éven belül kezelés alatt állottak aránya (4.7. Ábra). Látható, hogy még a klinikailag szignifikáns depresszió esetén is magas a kezelésben nem részesülők aránya a szív- érrendszeri betegcsoporton belül. A kezelték aránya 12%, ami alacsonyabba rövidített Beck Kérdőív szerint nagy valószínűséggel klinikailag depressziós személyek kezelési arányánál (20.3%).

4.7 Ábra. Depresszióval kezelték aránya a szív- érrendszeri és klinikai depressziót mutató betegcsoportban



5. Megbeszélés

5.1 Küszöbalatti és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes

Az 5.1 Táblázatban láthatók a küszöbalatti és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes rövidített Beck Kérdőívvel mért prevalenciájának alakulása 1988 és 2002 között. Látható, hogy míg 1988 és 1995 között lényeges növekedés volt megfigyelhető a depressziós tünetegyüttesben, 1995 és 2002 között, ugyanakkora hétéves periódusban már lényeges változás nem történt. Elmondhatjuk tehát, hogy a depressziós tünetegyüttes gyakorisága - legalábbis az elmúlt hét éves periódust figyelembe véve - Magyarországon állandónak tekinthető.

A depressziós tünetek gyakorisága a korrallal ugyanúgy emelkedik, noha a korreláció a rövidített Beck Kérdőíven kapott értékek és az életkor között 2002-ben valamivel kisebb, mint 1995-ben volt (140).

5.1 Táblázat. A rövidített Beck Kérdőívvel mért depressziós tünetegyüttes pont prevalenciájának változása 1988 és 2002 között

	1988	1995	2002
Küszöbalatti depressziós tünetegyüttes	16.8%	17.7%	15.3%
Nagy vsz klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes	7.5%	14.1%	13.5%

Az általam kapott értékek magasabbak a más módszerrel (strukturált diagnosztikus interjú) készült, 1995-96-as, a pszichiátriai epidemiológiában példaértékű hazai felmérés (161, 162) eredményeinél. Ebben a felmérésben a hangulatzavar egy éves prevalenciája 7.7%, a major depressziós epizodé 7.1 volt. Más nemzetközi epidemiológiai vizsgálatok értékei között számos, a Hungarostudyhoz hasonlóan magas értéket, és ennél jóval alacsonyabbakat is találunk (lásd bevezető 3,4,5 táblázatok), ezeket a mintában és a vizsgálatok módszertani különbségei magyarázhatják. Az említett hazai vizsgálat és a Hungarostudy közötti egyik lényeges különbség - többek között - a mérőeszközben rejlik, és a strukturált diagnosztikus interjú valamint a

tünetskála eltérő sajátosságai magyarázhatják: A strukturált diagnosztikus interjú fő célja, hogy minél specifikusabb diagnózishoz jusson, míg a Beck Kérdőív bizonyos depresszióban gyakori tünetek jelenlétének, és ezek súlyosságának megállapítására készült. Mindezek miatt a Beck Kérdőív nem képes elkülöníteni bizonyos a depressziós tünetekhez hasonló állapotokat (pl. gyász, súlyos akut stressz/krízis, más pszichiátriai zavarokhoz, pl skizofréniához társuló depresszív tünetek), ezért érthető, hogy a Beck Kérdőív rövidített változatát használva magasabb értékeket kapunk. Amennyiben a depresszióról, mint diagnosztizált pszichiátriai zavarról beszélünk, ez, a depresszióhoz hasonló állapotok alapján kapott prevalencia-növekedés álpozitívnak tekinthető, azonban felfogható, mint szubjektív szenvedést okozó, és a depressziós epizód klinikai diagnózisától függetlenül is kezelést igénylő *depressziós tünetegyüttes*.

5.1.1 Nemi különbségek a depressziós tünetegyüttesben

A depresszív tünetegyüttesben észlelhető nemi különbségek az 1988, 1995 és 2002-es felmérések alapján az 5.2-es táblázatban láthatóak. Mivel az 1988-as felmérésben a teljes depressziós tünetegyüttes (rövidített Beck Kérdőíven 10 pont feletti értékek), valamint a súlyos depressziós tünetek (Beck Kérdőíven 26 pont feletti értékek) kerültek közlésre, így a jobb összehasonlíthatóság miatt a táblázatban ezeket is ábrázoltuk, az 1995-ös és 2002-es felmérések ennek megfelelő adataival együtt.

5.2 Táblázat. A depresszív tünetegyüttesben észlelhető nemi különbségek az 1988, 1995 és 2002-es felmérések alapján.

		1988	1995	2002
Küszöbalatti depressziós tünetegyüttes	férfi	-	15.0%	13.9%
	nő	-	16.9%	16.3%
	összesen	-	12.1%	12.1%
Nagy vsz klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes	nő	-	14.5%	14.8%
	férfi	2.8%	6.3%	6.4%
Súlyos depressziós tünetegyüttes	nő	3.0%	7.7%	8.8%
	férfi	22.4%	27.2%	25.0%
Teljes depressziós tünetegyüttes	nő	25.8%	33.3%	31.2%

A táblázatból látható, hogy a nemek aránya egyik vizsgálati időpontban és egyik kategóriában sem tért el lényegesen. E szerint a nőknek ugyan az általunk végzett vizsgálat szerint is, a teljes mintát elemezve, szignifikánsan nagyobb esélye van arra, hogy depressziós legyen (OR 1.3 mind a küszöbalatti, mind a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetek kategóriájában). Ez a szignifikancia azonban minimális, és a különböző korcsoportokat külön elemezve csak a 65 év feletti korcsoportban marad meg (OR itt 1.5, CI: 1.199-1.790).

Amennyiben a küszöbalatti depressziós tüneteket a major depresszió diagnosztikus kritériumait csak részben kimerítő „minor” depresszióként fogjuk fel, az általunk mért nemi különbségek megfelelnek Angst és mtsainak (6) nyugat-európai felmérésből származó adataival.

A nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetek esetében az általunk talált nemekre vonatkozó esélyhányadosok nem érik el a más vizsgálatokban kapott értékeket, amely például az említett 1995/96-os magyar vizsgálatban (161, 162) 1.9 a hangulatzavarok, 2.0 a depressziós epizód esetén (az egy éves prevalencia-

adatokat figyelembe véve), vagyis az általam talált nemi különbségek jóval kisebbek, mint más epidemiológiai vizsgálatok esetében. Mint fentiekben láttuk, a szakirodalom alapján elvárható különbségek hiánya nemcsak a 2002-es vizsgálatot jellemzi, hanem konzekvensen megjelenik a korábbi, 1988-as és 1995-ös, hasonló mintán, hasonló módszertannal és ugyanúgy a Beck Kérdőív rövidített változatával végzett vizsgálatok esetében is. A továbbiakban erre a jelenségre próbálok meg lehetséges magyarázatokat találni.

Az első, lehetséges magyarázatot a férfi és női depressziós prevalencia-értékek összehasonlítása kínálja más vizsgálatokkal. Az 5.3 táblázatban egyes más vizsgálatok női és férfi pont vagy periódus prevalencia értékeit tüntettem fel, saját vizsgálatom eredményeivel összehasonlítva.

5.3 Táblázat. Különböző epidemiológiai vizsgálatokban kapott depresszió pont-, vagy periódus prevalencia értékek nemek szerint.

Vizsgálat	Terület	Prevalencia férfi	Prevalencia nő
NCS Kessler és mtsai 1993	USA	7.7	12.9
NPM HS Jenkins és mtsai 1997	Nagy Britannia	1.8	2.7
WHO Maier és mtsai 1999	kultúrközi multicentrikus	7.1	12.5
NEMESIS Bijl és mtsai 1998	Hollandia	1.9	3.4
Depression 2000 Jacobi és mtsai 2000	Németország	8.7	13.0
Szádócky és mtsai 2000	Magyarország	4.8	8.9
DEPRES Angst és mtsai 2002	Európa	4.6	14.9
Hungarostudy 2002	Magyarország	12.1	14.8

A táblázatból (és a bevezető 3,4,5 táblázatából) látható, hogy bár az egyes vizsgálatok között lényeges prevalencia-különbségek vannak, a Hungarostudy néhány vizsgálatához - pl a WHO 1999-es multicentrikus, több országban végzett vizsgálata (116), az amerikai National Comorbidity Survey (88), a német Depression 2000 (79) valamint a nyugat-európai DEPRES vizsgálat (6) - egészen hasonló értékeket kapott - a nők esetében. De míg a nők depresszió-prevalencia értékei jól illeszkednek az említett vizsgálatokból kapott adatok közé, a Hungarostudy során kapott férfi depresszió-prevalencia értékek messze kiugranak a többi érték közül, vagyis az összehasonlítás azt

sugallja, hogy - legalább is a Hungarostudy felmérés adatai szerint - Magyarországon a férfiak depressziós gyakorisága jóval meghaladja a más országokban mért értékeket, és megközelíti a női depresszió gyakoriságát.

Fontos néhány szót ejteni az egyetlen hazai, nemzetközi epidemiológiai vizsgálatoknak megfelelő adatfelvétellel készült, és ezért fontos támponttal és tanulsággal szolgáló, példaértékű, Szádóczky Erika és mtsai által végzett 1995/96-os felmérés eredményeivel kapcsolatos hasonlóságokról és különbségekről a nemi különbségek esetében is.

A. A mérőeszközök különbségéből származó lehetséges eltérések.

Fent már kitértünk a mérőeszközök különbözőségéből származó lehetséges hatásokra, és arra, hogy a Beck Kérdőív alacsonyabb specificitása magyarázhatja a magasabb prevalencia értékeket. Az alacsonyabb specificitás nemi különbségeket csökkentő hatása a következő lehetséges módokon elképzelhető:

1. Depresszív tünetek más mentális zavarok esetén.

Mindenképpen felmerülhet, hogy a Beck kérdőív egyes más mentális zavarokban is észlelhető depressziós tünetek esetén is a depressziós kategóriába sorolja a résztvevőket. Egyes egyéb affektív zavarokban, pl. bipoláris zavarban, a gyakran depressziós tünetekkel járó skizofréniában a nemek aránya nagyjából megegyezik, egyes, gyakran depressziós tüneteket (is) mutató szorongásos zavarokban (pl. obszesszív-kompulzív zavar) pedig a nemi különbségek jóval kisebbek, így ezek a hatások kisebbíthetik a különbségeket a depressziós tünetegyüttes nemek közötti, Beck Kérdőívvel mért prevalencia értékeiben. Ugyanakkor azonban a kisebb specificitás olyan gyakori (depressziós tünetekkel is járható) szorongásos zavarokat is depressziósként jeleníthet meg, melyekben a nők megbetegedési gyakorisága nagyobb (pánikbetegség, generalizált szorongás zavar), ennek tehát elvileg némiképp vissza kellene billentenie a nemi különbségeket a nők javára. A férfiak között gyakoribb alkoholbetegségben a major depresszió egyes vizsgálatok szerint nem gyakoribb, mint az átlagnépességben (148), más adatok szerint a komorbiditás 30-40%-os, igaz, alkoholbetegségben is a nők kétszeres dominanciájával (83).

2. Depresszív tünetek és pszichoszociális stressz

Felmerülhet az is, hogy a Beck Kérdőív a depressziós tünetekkel kísért súlyos pszichoszociális stresszel járó állapotokat is depresszióként mérheti. Ez szintén felelős lehet a magasabb prevalencia-értékekért, de a várt nemi különbségek hiányában játszott szerepe kétséges, hiszen irodalmi adatok szerint a pszichoszociális stressz nők között gyakoribb (108, 87, részletesen lásd bevezető 3.2.2.1.5 alfejezet), tehát a stressz depresszióba való „belemérésének” növelnie kéne a nemi különbségeket. Mindez tehát akkor állná meg a helyét, ha feltételezzük, hogy Magyarországon a férfiakra nehezedő pszichoszociális stressz jóval nagyobb, mint más országokban.

Ezt a feltételezést alátámaszthatja az a tény, hogy közép-kelet európai országokban végzett epidemiológiai felmérések szerint férfiak körében a szocio-ökonómiai változókhoz társuló pszichoszociális stressz igen magas, és fontos szerepet játszhat a férfiak körében észlelt riasztó morbiditás és mortalitás növekedésben (103, 164, 174). Elképzelhető tehát, hogy a várt nemi különbségek nagyságának hiánya részben a férfiak körében magasabb pszichoszociális stresszel magyarázható, de felvethető az a magyarázat is, hogy a kisebb különbségek már a magasabb pszichoszociális stressz következményeként kialakult, magasabb férfi depressziós prevalenciának köszönhetőek.

Bár a fent részletezett tényezők hatása mindenképpen fontos, ezek figyelembe vételével sem szögezhető le azonban teljes biztonsággal, hogy a specificitásban rejlő különbségek önmagukban elégséges magyarázatot nyújtanak arra a kérdésre, hogy a férfiak depresszió prevalencia-értékei miért magasabbak a Hungarostudy vizsgálatban. Fontos megemlíteni, hogy Canals és mtsai (27) az - igaz, teljes – Beck Kérdőívvel szignifikáns nemi különbségeket mért a depressziós tünetekben adolescens mintán.

B. A mintavétel különbözőségéből származó lehetséges különbségek

A Hungarostudy 2002 minta a KSH adatok alapján, a KSH által összeállított véletlenszerű reprezentatív lakossági lista alapján készült, tehát egészségügyi szolgálatokkal kapcsolatos szempontokat egyáltalán nem vett figyelembe. Szádóczky Erika és munkatársai vizsgálatában szereplő minta 5 régió 15 körzetében családorvosi

listák alapján került összeállításra, vagyis olyan személyeket tartalmazott, akik valaha már - ha nem is aktuálisan a vizsgálat időpontjában, hiszen ez fontos kritérium volt - kapcsolatba kerültek a háziorvosi ellátással (161, 162). Ez mindenképpen szelekciós szempontot jelent, hiszen a népesség azon része, mely orvosi segítséget nem keres, és ezért az adatgyűjtésig nem került kapcsolatba a háziorvosi ellátással, automatikusan kiesett a vizsgálatból. Az orvoshoz fordulás hatása ugyanakkor nem elhanyagolható tényező a nemi különbségek vizsgálatában, a későbbiekben részletesen elemzésre kerül dolgozatomban.

C. A rövidített Beck Kérdőív tételeinek egyenként való vizsgálata

A Beck Depresszió kérdőív rövidített változatának tételeit külön-külön is megvizsgáltam, azért, hogy a pusztán csak az összpontszám figyelembe vételével esetleg rejtve maradó nemi különbségek felszínre kerüljenek. A 9 tételből 6 esetben a nők javára sikerült szignifikáns (ugyan alacsony OR 1.2 - 1.4) esélyhányados-növekedést feltárnom. 1 tétel - az önvádolás - esetén a nők esélyhányadosa meghaladta a férfiakét (OR 1.7), a munkaképesség-csökkenés és a közömbösség kérdések egyáltalán nem különböztek. A két nemben külön elemezve a kérdőív ugyanazt az egyfaktoros struktúrát mutatta.

A tételek elemzése első pillantásra tulajdonképpen azt a jól ismert tényt támasztja alá, hogy a nők depresszió esetén általában több, és súlyosabb tüneteket jelentenek. Ugyanakkor, mint láthatjuk - jelen vizsgálatban - , nem jelentenek *annyival* súlyosabb, vagy több tünetet, ami kétszeres előfordulási gyakorisághoz vezethetne, és a tünetek mintázata sem más, mint a férfiakban. A férfiak szempontjából elemezve az eredményeket felvetődhet az a gondolat, hogy a férfiak jelentenek *több* tünetet, mint azt a korábbi adatok alapján gondolhatnánk. Egyes – részben longitudinális - vizsgálatokból származó adatok valóban azt mutatják, hogy a férfiak - legalább is retrospektív módon, korábbi depressziós epizódjukat felidézve - kevesebb tünetet jelentenek (170, 50, 163), ugyanakkor későbbi vizsgálatok nem találtak különbséget a nők és férfiak között a tünetek számára vonatkozóan (107, 76).

Fenti elemzésnek mindenképpen fontos korlátja az, hogy a Beck Kérdőív rövidített, 9 kérdéses változatát használtuk, ezért nem vonhatunk le következtetéseket a teljes, 21 kérdést tartalmazó kérdőívről.

Összefoglalva tehát a depressziós tünetekben észlelhető nemi különbségekre vonatkozó eredményeinket elmondhatjuk, hogy az általunk talált nemi különbségek kisebbek voltak, amelyek - más, nemzetközi és hazai vizsgálatok eredményeivel összehasonlítva - első pillantásra a férfiak magasabb prevalenciájával magyarázható. A férfiak között talált magasabb prevalencia-értékek magyarázatoként felmerült a kérdőív diagnosztikus interjúknál kisebb specificitása, ugyanakkor magas szenzitivitása, de mindez nem kínál kielégítő magyarázatot. Lehetséges magyarázatként felmerülhet az is, hogy a férfi depresszió talán gyakoribb, mint gondolnánk, ez további célzottabb vizsgálatokat igényel. Az elemzéshez fontos támpontot adhat az orvoshoz fordulás adatainak elemzése, melyre később térek ki részletesen. Ugyanakkor a vizsgálat korlátjának tekinthető, hogy a viszonylag kevés, 9 kérdést tartalmazó rövidített Beck Kérdőív rövidegénél, így a kérdések korlátozott számánál fogva valószínűleg nem képes a finomabb különbségeket úgy megragadni, mint a teljes 21 kérdéses változat.

5.1.2 A szocioökonómiai státusz és a depressziós tünetegyüttes kapcsolata

Az a korábbi elméletet, hogy a major depresszív epizód egyformán gyakori a különböző társadalmi rétegekben (83), újabb vizsgálatok megkérdőjelezik. Jelentős számú adat gyűlt össze arról, hogy az alacsony végzettség és rossz jövedelmi viszonyok fontos depresszogén háttértényezők (98, 102, 9, 118). Az 1995-ös felmérés adataiban a SES-hez tartozó változók (végzettség és foglalkozás) szerepét elemezve, saját vizsgálatunkban is azt találtuk, hogy a mind az alacsony végzettségű, mind a viszonylag alacsony foglalkozási státusú személyek (szakmunkások és segédmunkások) között a depressziós tünetegyüttes szignifikánsan gyakoribb volt, mint a többi foglalkozási csoportokban. A nemek közti különbségek egyik foglalkozási csoportban sem voltak szignifikánsak (140).

A Hungarostudy vizsgálat adatainak elemzése során azt találtam, hogy az alacsony szocioökonómiai státusz fontos háttértényezője mind a küszöbalatti, mind a nagy

valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttesnek. Az alacsony SES csoportban a depressziós tünetegyüttes szignifikánsan gyakoribb, mint a közepes és magas SES csoportban. Az alacsonyabb SES csoportban a mind a küszöbalatti, mind a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetek gyakoribbak nők között (OR 1.3 ill. 1.2), vagyis a nemek közti különbség megközelítőleg ugyanakkora, mint idős korban. A magasabb SES csoportokban nincs szignifikáns nemi különbség a depressziós tünetekben.

Úgy tűnik, a szegényebb és képzetlenebb személyek, valamint az idősebbek között gyakoribbak tehát a depressziós tünetek. Elképzelhető, hogy ez az eseményesség a nagyobb pszichoszociális stressz, és a szegényesebb vagy beszűkült adaptációs lehetőségek, megbirkózási stratégiák következménye. Mindezek megerősítik Kopp és mtsainak (98, 102) korábbi adatait, a leszakadó rétegek nagyobb depressziós kockázatára vonatkozóan.

A nemi különbségek szempontjából fenti adatok azt mutatják, hogy az alacsonyabb SES-sel jellemezhető, vagy idősebb csoportokban - vagy, amennyiben elfogadjuk ezt a feltételezést, a nagyobb pszichoszociális stresszel jellemezhető csoportokban - a depressziós tünetegyüttesben a (nők javára) mutatkozó nemi különbségek növekednek, amely alátámasztja azt a feltételezést, hogy a nagyobb pszichoszociális stressz a nők számára fokozottabb kockázatot hordoz a depresszió szempontjából.

A vizsgálat során kapott, depressziós tünetek és SES közti összefüggést talán befolyásolhatja a rövidített Beck Kérdőív magas szenzitivitása, és viszonylag kisebb specificitása is, vagyis az, hogy a krónikus, jelentős stressz is magasabb Beck-pontszámot eredményezhet. Ugyanakkor felvetődik az a kérdés is, hogy a krónikus, tartós pszichoszociális stressznek kitett személy, aki talán számos depresszív tünetet mutat, mikor lépi át azt a minőségi határt, amikor állapota major depresszív epizódnak tekinthető. A jelenlegi diagnosztikus rendszerek többé-kevésbé világos támpontokat igyekeznek a határ meghúzásához nyújtani, de a kérdés mégis az, hogy szubjektív szenvedésben, életminőség romlásban, és a kezelés szükségességében valóban jelentősen különböznek-e azok a személyek, akik a határ egyik, és akik a határ másik oldalán állanak. Ha a kérdést a segítség, támogatás (szűkebb értelemben kezelés) szükségessége, és nem a nozológiai tisztaság szempontjából tesszük fel, a Beck Kérdőív specificitási hiányosságai másodlagosnak tűnnek.

5.1.3 Nemi különbségek a vitális kimerültségben, a szorongásban és a D típusú személyiségben.

A 4.2 ábrán látható, hogy mind a három pszichológiai háttértényezőben szignifikáns nemi különbségeket találtunk. A legnagyobb különbséget a **vitális kimerültség** esetén találtuk, ez megerősíti Kopp és mtsai hazai (98), ill. Prescott és mtsai (137) hosszmetzeti vizsgálatában talált eredményeit. Ezek a nemi különbségek éppen akkorák, amekkorát nemzetközi vizsgálatokban a depresszióval kapcsolatban találtak. Mivel a depresszió és vitális kimerültség viszonyát a későbbiekben külön tárgyalom, ennek elemzésére ott térek vissza.

Meglepő, hogy – a depressziós tünetekkel paralel módon – a szorongás esetében is a vártnál kisebb nemi különbségeket kaptuk. Ennek egyik oka lehet, hogy az általunk használt egy kérdés nem alkalmas a szorongásos állapotok teljes körű reprezentálására, másik oka lehet pedig az, hogy a férfiak között a szorongás (de semmiképpen nem a szorongásos zavarok) gyakoribb a korábban feltételezettnél.

A D típusú személyiséggel kapcsolatos irodalomban nagyon kevés nemi különbségekre utaló adat van. Habra és mtsai fiatal, egészséges egyetemisták esetén nem talált különbséget a D típusú személyiség nemek közti gyakoriságában (66), Herrmann-Lingen (74) és mtsai pszichiátriai és kardiológiai betegek, valamint gyári munkások között végzett vizsgálatukban a D típusú személyiséget a nemtől „nagy mértékben függetlennek” találták. Ugyanakkor reprezentatív közösségi felmérés eddig még nem készült a D típusú személyiségre vonatkozóan.

A D típusú személyiség vizsgálata során kis mértékű, de szignifikáns nemi különbségeket találtunk a nők javára, melyek elsősorban a negatív érzelmek alszáján észlelhető nemi különbségnek köszönhető. A negatív érzelmek fontos részjelenségei számos olyan pszichológiai konstrukciónak, melyben nemi különbségek észlelhetőek (depressziós és szorongásos tünetek). Azt azonban elmondhatjuk, hogy a negatív érzelmek alszáján kapott eredmények ellenére a D típusú személyiség és a nem között viszonylag kicsi az összefüggés, amely megerősíti azt, hogy a D típusú személyiség az említett negatív érzelmekkel járó pszichológiai állapotoktól jól elkülöníthető. Ugyanakkor a vizsgálat lényeges korlátja, hogy a keresztmetzeti elrendezés nem teszi

lehetővé a D típusú személyiség időbeli tartósságának, tehát vonás („trait”) jellegének igazolását

5.1.4 A pszichológiai háttértényezők kapcsolata a SES-sel és korrall.

Mint a 4.5 táblázatban látható, a a SES és a kor szignifikáns kapcsolatban állnak mindegyik vizsgált pszichológiai háttértényezővel, de ez a kapcsolat nem túl erős (a phi érték 0.24 és 0.003 között változik).

Kor

A legerősebb összefüggés a vitális kimerültség és a kor között mutatkozik ($\phi=0.24$), ez magyarázható az idősebb kor bekövetkeztével megjelenő képességcsökkenéssel és a fizikai állapot romlásával. Kopp Mária és mtsai (100) a vitális kimerültséggel legjobban összefüggő tényezőnek a fizikai képességek csökkenését találták.

A szorongás, D-típusú személyiség, diszfunkcionális attitűdök korrall való összefüggése egy nagyságrenddel alacsonyabb, ezek a háttértényezők tehát a korrall igen kis kapcsolatot mutatnak. A vizsgált megbirkózási stratégiák összefüggése változatosabb képet mutatott, a korrall legerősebb összefüggést a segítség kérése, és a kompromisszumkeresés mutatta. Úgy tűnik tehát, hogy idősebb korban valamivel fontosabbá válnak az együttműködésen és kölcsönös kapcsolatokon alapuló problémamegoldási stratégiák. A korrall és a megbirkózási stratégiákkal kapcsolatos összefüggések meglepőnek tűnhetnek, hiszen feltételezhető, hogy a kor, a különböző élettapasztalatok, a folyamatos adaptáció miatt a megbirkózási képességek gazdagodásával és színvonaluk emelkedésével jár. Ezzel szemben irodalmi adatok szerint a megbirkózási stratégiák a szocializáció során alakulnak ki (96), és a személyiséggel szoros kapcsolatban állnak (40), tehát elképzelhető az is, hogy az érett személyiség kialakulásával már csak kevésbé változnak. Ez alól pont a fenti, erősebb összefüggést mutató stratégiák (segítség keresése, kompromisszumkeresés) lehetnek kivételek, hiszen az eltelt kor (legalább is a gyakori időskori izoláció bekövetkeztéig) a szociális kapcsolatrendszer folyamatos gyarapodásával jár.

SES

A legerősebb összefüggést a SES esetében is a vitális kimerültség mutatja ($\phi=0.23$), ebben az esetben gyengébb, de nagyságrendjében megegyező hatást mutat a szorongás és a D típusú személyiség, valamint a megbirkózási stratégiák közül a kreativitás és a megoldás-központú megküzdés mutat viszonylag erősebb összefüggést.

Vizsgálatom is igazolja tehát azt a feltételezést, hogy az alacsonyabb szocio-ökonómiai státusz számos pszichológiai háttértényezővel összefüggést mutat. Elképzelhető tehát, hogy ezek a pszichológiai háttértényezők jelentős szerepet játszanak az alacsony SES lehetséges pszichopatológiai vulnerabilitást hordozó hatásában, mely, mint korábban bemutattam, depresszió esetén fontos háttértényező.

Meglepő ugyanakkor a diszfunkcionális attitűdök viszonylag gyenge SES-sel való kapcsolata. Mindez alátámasztja azt a pszichoterápiás gyakorlatból jól ismert tapasztalatot, hogy a (depresszogénnek tartott) diszfunkcionális attitűdök mindenféle társadalmi státuszú és végzettségű személynél megtalálhatóak, és a depresszió tüneti képe sem különbözik lényegesen a különböző társadalmi státuszú betegek esetében. Talán ez is alapja lehet annak a – klinikusként, pusztán a megjelenő betegek kapcsán megtapasztalt, ugyanakkor az újabb epidemiológiai vizsgálatok által cáfolt - korábbi vélekedésnek, hogy a depresszió a különböző társadalmi rétegekben egyforma gyakoriságú.

A pszichológiai háttértényezők valamint a kor és a SES kapcsolatáról összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy a legerősebb összefüggést a vitális kimerültség esetében kaptuk. Ez az összefüggés nagyon hasonló a depressziós tünetek esetén a korrall és SES-sel kapott eredményeimhez. Mindezek, valamint a depressziós tünetegyüttes és vitális kimerültség elkülönítésének bevezetőben részletezett ellentmondásai miatt tartottam indokoltnak a vitális kimerültség és a depressziós tünetek kapcsolatának külön, részletes elemzését. A többi háttértényező gyengébb kapcsolata a korrall és SES-sel azt mutatja, hogy a SES és kor depresszióra gyakorolt hatása nem ezen háttértényezők közvetítésén keresztül valósul meg. Ugyanakkor sok háttértényező fennállása esetén kumulatív módon befolyásolhatja a depressziós tünetek korrall való önálló kapcsolatát.

5.1.5 A vitális kimerültség és depressziós tünetegyüttes kapcsolata

Folytonos változóként elemezve a Beck Depresszió Kérdőív és a Vitális Kimerültség Kérdőív között erős a korreláció, s ugyanilyen erős összefüggést találunk akkor is, ha a két kérdőíven kapott eredményeket kategoriális változóra alakítva vizsgáljuk. A vitális kimerültségben talált nemi különbségek közelítik meg legjobban a nemzetközi irodalomban depresszió esetén leírt 2:1-es arányt, és meghaladják jelen vizsgálatban a Beck Kérdőív rövidített változatával nyert értékeket. Ennek egyik lehetséges – kevésbé valószínű – magyarázata lehet, hogy a Vitális Kimerültség Kérdőív és a Beck Kérdőív rövidített változata is a depressziós tüneteket méri, de más-más aspektusát ragadják meg. E szerint a fáradtság, kimerültség, mint a depresszió tünetei nőknél gyakoribbak és ez szerepet játszik a nemi különbségek kialakításában. Ezen magyarázat ellen több érv szól: A fáradtság és testi panaszok részei a Beck Kérdőív rövidített változatának is, ugyanakkor a nők esélyhányados – növekedése mindkét kérdésre 1.4 volt, vagyis ezek kérdések nem különülnek el kiugróan a Beck Kérdőív többi tételétől, és nem érték el a Vitális Kimerültség kérdőíven kapott különbségeket. A másik érv pedig az, hogy bár a kapott összefüggés erős a vitális kimerültség és a depresszió között, mégsem olyan erős, hogy azonos jelenségekről beszélhetnénk. A vizsgálatból kapott adatok szerint tehát a depresszió és vitális kimerültség fontos, egymással kapcsolatban lévő, de ugyanakkor mégis önálló, külön konstruktumok.

5.1.6 A vitális kimerültség, a szorongás és a D típusú személyiség együttes kapcsolata a depressziós tünetegyüttesrel.

A 4.7 táblázat szemlélteti a depressziós tünetegyüttes és háttértényezőinek kapcsolatát. Látható, hogy minden egyes változó szignifikáns összefüggést mutat mind a klinikai, mind a küszöbalatti depressziós tünetek esetében. Minden vizsgált háttértényező szignifikánsan nagyobb hatást hordoz a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetek esetében. Ez azt jelentheti, hogy hatásuk nem elsősorban a szubjektív stressz-élmény, rossz lelkiállapot növelése (amely manifesztálódhat enyhe depressziós tünetek képében, vagy részleges, „minor” depresszióként), hanem a depresszióra, mint klinikai zavarra való hajlam fokozása, így elmondható, hogy a vitális

kimerültség, a D típusú személyiség, és a szorongás is fontos háttértényezője a depresszióknak.

A fenti regressziós modellben a vizsgált változók (vitális kimerültség, D típusú személyiség, szorongás, kor, nem, szocioökonómiai státusz) közül a legerősebb kapcsolatot a (jelentős) vitális kimerültség mutatja. Bár önálló pszichológiai jelenségként való értelmezését többen kétségbe vonják, az előző alfejezetben részletezett eredményekből látható, hogy a vitális kimerültség a depressziótól jól elkülöníthető állapot. Valószínűleg a depresszió egyik legfontosabb pszichológiai „állapot” („state”) jellegű háttértényezője, ami azt jelenti, hogy a vitálisan kimerült emberek depresszióra való hajlama nagyon magas lehet. Lehetséges, hogy sok esetben a vitális kimerültség a depressziót *közvetlenül* megelőző állapot (egyfajta „előszobája” a depresszióknak) és talán ezért is nehéz sok esetben elkülönítésük.

A D típusú személyiségről szintén elmondhatjuk, hogy depresszióban játszott szerepe éppen olyan fontos lehet, mint a korábban más szerzők által már jól dokumentált kardiovaszkuláris betegségek esetében. Ugyanakkor a vizsgálat lényeges korlátja, hogy a keresztmetszeti elrendeződés miatt éppen a változó tartósan fennálló jellegéről nem tudunk meg semmit. Lehet, hogy mint a személyiséghez jól köthető, tartós „vonás” jellemző, számos pszichiátriai zavarra hajlamosító tényező lehet. A depresszióban játszott szerepén kívül elképzelhető, hogy fontos szerepet játszik a magasabb stresszel társuló, negatív érzelmekkel járó, és sok esetben nem adaptív, gátolt viselkedést eredményező zavarokban is –vagyis a szorongásos zavarokban. Vizsgálatomban a szorongás és D típusú személyiség viszonyára nem térek ki részletesen, mivel a szorongás egy kérdéssel való méréséből csak korlátozott következtetések vonhatók le.

Mind a vitális kimerültség, mint a D típusú személyiség esetében összefoglalóan elmondhatjuk, hogy eredményeink szerint igen fontos szerepük feltételezhető a depressziós tünetek kialakulásában. Ok-okozati összefüggés azonban a vizsgálat keresztmetszeti jellege miatt nem vonható le, szerepük pontos tisztázása tehát további érdekes kutatási feladat lehet, célzott csoportok (depressziós – különösen visszatérő lefolyású zavarban szenvedő - betegek, más pszichiátriai betegek, magas kockázatú csoportok) longitudinális vizsgálatával.

A szorongás esetében vizsgálatomban reprodukálni sikerült a szorongás jelentős, számos korábbi vizsgálat által már bizonyított összefüggését a depressziós tünetegyüttessel.

5.1.7 A kor, a SES és a nem a pszichoszociális változók mellett játszott önálló szerepe a depressziós tünetegyüttesben.

A SES és a kor a vizsgált háttértényezők mellett is megőrizte önálló hatását, vagyis a vizsgált háttértényezőktől független háttértényezőnek tekinthetőek. Ugyanakkor a nemi hovatartozásról elmondható, hogy hatása nem független a vizsgált pszichoszociális háttértényezőkétől. A fenti tényezőket nemek szerint vizsgálva ugyanakkor egyik tényező esetében sem kaptunk szignifikáns különbségeket sem a küszöbalatti, sem a klinikailag szignifikáns depressziós tünetek esetében, vagyis a két nem háttértényező-profilja megegyezik. A fenti látszólagos ellentmondás hátterében az állhat, hogy bár a vizsgált tényezők által mutatott összefüggésekben észlelhető nemi különbségek egyik esetben sem akkorák, hogy önállóan nemi különbségekhez vezetnének a depressziós tünetegyüttesben, hatásaik összeadódva, kumulatív módon mégis a depressziós tünetek és a női nem között észlelhető erősebb összefüggéshez vezetnek. Látható ugyanakkor, hogy a több háttértényező által közvetített és összeadódó pszichoszociális stressz milyen erős összefüggést mutat a depressziós tünetegyüttessel.

5.1.8 A megküzdési stratégiák és diszfunkcionális attitűdök kapcsolata a depressziós tünetegyüttessel

A diszfunkcionális attitűdök és megbirkózási stratégiák depressziós tünetegyüttessel való kapcsolata a vártnál sokkal gyengébbnek bizonyult, és jóval elmaradt a vitális kimerültség, a D típusú személyiség és a szorongás hatásától. Szintén erősebbnek bizonyult ezeknél a SES és a kor hatása.

A megküzdési stratégiák közül depresszióval kapcsolatba hozható tényezőnek bizonyult mindkét nemből a probléma-analízis hiánya, valamint a bezárkózás, irritábilis és appetitív magatartás, de ezekben szignifikáns nemi különbségeket nem találtam. Nők

esetében szignifikáns összefüggést mutatott még a kreativitás hiánya és a kockázatvállalás, férfiakban pedig az újrastrukturálás hiánya. Egyik nemben sem mutatott jelentősebb összefüggést az irritábilis (másokon vezettem le a feszültséget). A disztraktív megküzdés protektív hatását vizsgálatunk nem tudta reprodukálni.

A hét diszfunkcionális attitűd közül mindössze három, a teljesítményigény, a szeretetigény és a perfekcionizmus mutatott szignifikáns összefüggést. Eredményeim szerint tehát a kognitív jellemzők szerepe a vártnál sokkal kisebb a depressziós tünetegyüttesben, s nem játszanak szerepet a nemi különbségekben sem, hiszen egyetlen kis – nem szignifikáns – nemi különbség a perfekcionizmus esetén volt észlelhető.

Úgy tűnik tehát, hogy az általunk vizsgált „állapot” jellemzőket (kor, vitális kimerültség, szorongás, és egy gyorsan változó társadalomban a SES is) a „vonás” jellemzőkkel (D típusú személyiség, diszfunkcionális attitűdök, megküzdési készségek) szembeállítva első pillantásra azt láthatjuk, hogy az állapotjellemzők erősebb háttértényezői a depressziós tüneteknek, mint a „vonás” jellemzők. Mindez azonban nem jelenthető ki biztonsággal addig, míg az állapotjellemzők, vonások valamint a depressziós tünetek interakciós mintázatát longitudinális vizsgálattal nem elemeztük.

5.2 Depressziós tünetek és orvoshoz fordulás

5.2.1 A depressziós tünetegyüttes és a depresszió miatti orvoshoz fordulás kapcsolata

Az orvoshoz fordulás aránya depressziós tünetegyüttes esetén katasztrofálisan gyenge, hiszen még a nagy valószínűséggel klinikailag depressziós populáció esetében is mindössze 20.3% az orvosi segítséget kérők aránya. A kezelték kevesebb, mint felét kezelték egy éven belül (vagyis a jelenlegi depressziós állapottal időben hozzávetőlegesen egybeesve), és 79.7%-uk sosem részesült kezelésben. Ez az arány még akkor is katasztrofális, ha a Beck Kérdőív rövidített változatán kapott adatok egy részét álpozitívnak tekintjük.

Ezek az arányok – különös tekintettel az elmúlt években a depresszió felismerésére és kezelésére irányuló számos közösségi erőfeszítésre – elszomorítóak, és arra hívják fel a

figyelmet, hogy fokozni kell a depresszió felismerésének hatékonyságát mind az egészségügyön belül, mind pedig a lakosságban. Elképzelhető, hogy a magas pszichoszociális stressz hatására kialakuló depressziós tüneteket, mind a laikusok, de sok esetben az orvosok is a stressz, a nehéz élethelyzet természetes velejárójának tartják, és nem pedig egy azzal kapcsolatban lévő, de orvosi és pszichológiai eszközökkel kezelhető állapotnak.

5.2.2 Nemi különbségek a depresszió miatti orvoshoz fordulásban.

A 4.10 Táblázatban jól láthatóak a depresszió miatti kezelésben talált nemi különbségek, e szerint a nők körülbelül kétszer olyan gyakran fordulnak depressziós tüneteikkel orvoshoz, mint a férfiak. A nemi különbségek pontosan megfelelnek a különböző nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatokban talált, depresszió prevalenciájában mért nemi különbségeknek.

Ezek az eredmények azért is figyelemreméltóak, mert a lakosság azon részét is reprezentálják, akik soha nem kerültek kapcsolatba az egészségügyi ellátással, hiszen az egész felmérés az egészségügytől függetlenül került megszervezésre.

Az eredményekből az is látszik, hogy az egy éven belül kezelték körülbelül kétharmada jelenleg is klinikailag szignifikáns depressziós tünetekkel küzd. Ezek egy része valószínűleg egy éppen zajló kezelési folyamatban van, ez a szám azonban mégis elég nagy ahhoz, hogy azt feltételezzük, az esetek egy része nem megfelelő kezelésben részesült. A megfelelő ill. inadekvát kezelések aránya nehezen vizsgálható, mindenképpen hasznos volna további, célzott kutatásokban ennek vizsgálata.

Annak ellenére, hogy nők között az orvoshoz való fordulás kétszeres, a sikeresen kezelt esetek számában, nincs a nemek között szignifikáns különbség, vagyis mind a két nem egyformán (alacsonyán) profitál a depresszió miatti kezelésből.

5.2.3 Pszichoszociális háttértényezők és az orvoshoz fordulás kapcsolata

A depressziós tünetekkel való orvoshoz fordulás háttérét regressziós modellben elemezve (4.11 táblázat) az látható, hogy a vizsgált háttértényezők (vitális kimerültség, szorongás, D típusú személyiség) hatása szignifikáns, de nem olyan jelentős, mint a

depressziós tünetegyüttes esetében, vagyis kisebb a hatásuk abban az alcsoportban, amely depresszió miatt kezelésben részesült. Ugyanakkor, ha a kezelésben részesült, de nagy valószínűséggel depressziós eseteket vizsgáljuk, a fenti tényezők szerepe gyakorlatilag ugyanolyan, mint a teljes depressziós csoport esetében. A gyengébb hatás így nagy valószínűséggel annak köszönhető, hogy a kezelték kb. egyharmada már nem depressziós.

Az eredményekből az is látható, hogy az orvoshoz fordulás nem függ a SES-től, vagyis a magasabb szocioökonómiai státusú rétegek sem részesülnek megfelelő kezelésben depressziós tünetek miatt. Pedig ma már számos, magas színvonalú és számukra megfizethető lehetőség (magánpraxisok) áll rendelkezésre, tehát valószínű, hogy az alacsony kezelési arányok nem az elérhető ellátás hiányával, hanem a depressziós tünetekre vonatkozó attitűdökkel kapcsolatosak. Elképzelhető, hogy sokan a magasabb végzettségű rétegekben sem tekintik depressziós tüneteiket kezelhető zavarnak, lehet, hogy a pszichiátriai kezelés ténye sokak számára még mindig stigmát jelent, vagy a közösség egészségkultúrája még továbbra sem tartalmazza a mentális egészség fogalmát. Ugyanakkor, ha nemi bontásban vizsgáljuk, azt találjuk, hogy a SES hatásának a hiánya sokkal jellemzőbb a férfiakra (4.12 táblázat).

A kor esetében azt láthatjuk, hogy a középkorúak inkább kezeltetik magukat depressziós tüneteikkel, mint az idősebbek. Erre magyarázattal szolgálhat az előbbi, pszichiátriai tünetekkel kapcsolatos szemléletváltás hiánya, mely valószínűleg idősebb emberekben jobban jelen van, mint fiatalabbakban, de további, talán realisabb magyarázat lehet az is, hogy az idősek az ebben a korban gyakran bekövetkező életminőség-romlás (képeségek elvesztése, betegségek megjelenése) természetes következményének tekintik a hangulati tüneteket, ezért nem kezeltetik őket.

A nem esetében látható, hogy nőknél jelentős, több mint kétszeres (OR: 2.3) hatása van az orvoshoz fordulás háttérében, vagyis ezt a hatást a depresszió miatti orvoshoz fordulás esetében nem más háttértényezők közvetítik, mint a depressziós tünetek esetében. A női nem tehát *önálló, pszichoszociális háttértényezőktől független* determinánsa a depresszióval való orvoshoz fordulásnak, vagyis a női nem *önmagában* sokkal jobban meghatározza a depresszió miatti orvoshoz fordulást, mint magukat a depressziós tüneteket.

Eredményeink tehát azt a tapasztalatot támasztják alá, hogy a depresszióban észlelt nemi különbségekben – természetesen más pszichoszociális és biológiai háttértényezők mellett - számottevő szerepe lehet annak a ténynek, hogy a nők kétszer gyakrabban fordulnak orvosi segítségért, mint a férfiak.

A megküzdési készségekben ugyanakkor az orvoshoz fordulás esetében sem mutatkoznak lényeges nemi különbségek (4.12 táblázat), ami azért meglepő, hiszen maga a depressziós tünetek miatti orvoshoz fordulás is egyfajta megküzdésként értékelhető, és ebben pedig az előbb részletezett igen lényeges különbséget találtam. Két különbség észlelhető mindössze – összhangban a depressziós tünetegyüttessel jellemezhető csoport esetén kapott eredményekkel: férfiaknál az újrastrukturálás hiánya, nőknél a kockázatvállalás jellemző a depresszióval orvoshoz forduló csoportra. Ugyanígy – a depressziós tünetegyüttes esetében kapott eredményekhez hasonlóan - nem észlelhetők nemi különbségek a diszfunkcionális attitűdök esetében sem..

5.3 A szív- érrendszeri betegségek pszichológiai háttértényezői

Vizsgálatunkban a 35 év feletti népesség körülbelül egynegyede (35-65 év között 18.4% a 65 év felettek között 44.3%) jelzett szív- érrendszeri megbetegedést, amely megfelel a más irodalmi adatokból már ismert, elszomorító magyar statisztikáknak, valamint más közép-kelet európai országok statisztikáinak. A megdöbbentő morbiditási mutatók hátterében számos kutatócsoport a gyorsan változó volt szocialista országokban megnövekedett pszichoszociális stresszt és ennek pszichológiai és fiziológiai következményeit sejtí. Ugyanakkor mind Magyarországon, mind a többi közép-kelet európai országban a tradicionális rizikófaktorok (helytelen táplálkozás és mozgásszegény életmód következményes elhízással, dyslipidémiával és kettes típusú cukorbetegséggel, magas vérnyomás, dohányzás stb.) fokozottabb jelenléte is észlelhető, ezért mindenképpen indokolt, hogy a pszichoszociális háttértényezőket, egyes tradicionális kockázati tényezőkkel kapcsolatban vizsgáljuk.

5.3.1 A depressziós tünetegyüttes és a szív- érrendszeri betegségek kapcsolata

A szövődménymentes, tehát infarktussal vagy agyérbetegséggel még nem kezelt, szív-érrendszeri betegek kb 50% a szenvedett depressziós tünetektől (férfiak 47.1% nők 54%), és a betegek körülbelül egynegyede a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns kategóriába került (4.13 táblázat), másik egynegyede a küszöbalatti kategóriába. A már szövődményes formákban, tehát szívinfarktus és agyérbetegség kapcsán a depressziós tünetegyüttes prevalenciája továbbra is 50% körül mozog, de az ezen belül valamivel nagyobb a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns esetek száma (kb. 30%). Ez alól az agyérbetegséggel küzdő nők csoportja a kivétel, ahol a teljes depressziós tünetegyüttes 64.9%-os, és ennek 39.3% -a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns kategóriába esik.

Elmondható tehát, hogy szív- érrendszeri betegségek esetén a depressziós tünetegyüttes komorbiditása kiemelkedően magas, ezen belül a klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes kockázata szignifikánsan nagyobb (küszöbalatti depressziós tünetegyüttes: OR 2.0, CI: 1.8-2.3, nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes 3.1, OR 2.8-3.6). Amennyiben az egy éven belüli, szív-érrendszeri betegség miatti kezelést vesszük alapul, ez az esélyhányados ismét szignifikánsan megemelkedik (OR 2.6, ill. 4.9). Ez nagy valószínűleg azt jelenti, hogy a betegség lefolyásában történő, terápiás beavatkozást igénylő bármilyen „esemény” esetén a depressziós komorbiditás drámaian megemelkedik. Fontos eredmény továbbá az is, hogy szívinfarktus esetén – ellentétben a szövődménymentes, és agyérbeteg csoporttal - a küszöbalatti depressziós tünetek által mutatott összefüggés nem kisebb szignifikánsan a klinikailag jelentős depressziós tünetek által mutatott összefüggésnél, vagyis eredményeink egybecsengenek Frasure-Smith és munkatársai azon eredményeivel, hogy (longitudinális elrendezésben vizsgálva) szívinfarktus esetén az enyhe depressziós tünetek is jelentős kockázatot jelentenek (57-59).

Eredményeink tehát arra hívják fel a figyelmet, hogy a depressziós tünetegyüttes a hagyományos kockázati tényezőkhöz és egyben társbetegségekhez (magasvérnyomás-betegség, kettes típusú cukorbetegség, diszlipidémiák) hasonló gyakoriságú szindróma szív- érrendszeri betegségek esetén. Ennek már akkor is nagy jelentősége van, ha a

depresszió szigorú értelemben vett következményeit, az általa okozott szubjektív szenvedést és életminőség-romlást vesszük figyelembe. Ha azonban a depressziót, mint jól dokumentált kardiovaszkuláris kockázati tényezőt is figyelembe vesszük, jelentősége tovább nő. A továbbiakban látni fogjuk, hogy a depressziós tünetegyüttes és az ennek háttértényezőiként azonosítható egyes pszichológiai konstruktumok milyen erős összefüggést mutatnak a kardiovaszkuláris betegségekkel, a hagyományos rizikófaktorokkal összehasonlítva (kockázatról jelen vizsgálat esetében, a keresztmetszeti elrendeződés miatt természetesen nem beszélhetünk).

5.3.2 Pszichológiai tényezők összefüggése a szív-érrendszeri betegségekkel, hagyományos kockázati tényezőkkel összehasonlítva.

A bevezetőben bemutatott nemzetközi irodalmi adatok a vitális kimerültség, a depressziós tünetegyüttes és a D típusú személyiség esetén is jelentős kardiovaszkuláris kockázatról tanúskodnak. Ugyanakkor hiányoznak azok a vizsgálatok, melyek ezeket egymással összefüggésben vizsgálják, és hiányoznak azok is, amelyek a pszichológiai tényezők által hordozott kockázatot a hagyományos rizikófaktorokkal együtt, egy modellben szerepeltetik. Ráadásul a publikált eredmények döntő többsége súlyosabb betegcsoportokban (pl. szívinfarktus után) született, jelentősebb vizsgálat kardiovaszkuláris betegségben szenvedő, de még szövődménymentes (stroke-on, vagy szívinfarktuson még nem átesett) betegcsoportok esetében nem történt. Kardiológusok részéről gyakran elhangzó felvetés az, hogy egyes pszichológiai kockázati tényezők szerepe bizonyított ugyan, de hiányoznak azok az adatok, amelyek bemutatják a pszichológiai kockázat mértékét egyes jól ismert hagyományos kockázati tényezőkkel összehasonlítva. Éppen ezért vizsgálatom nem elsősorban arra irányult, hogy bemutassa, hordoznak-e rizikót a fenti pszichológiai tényezők – ez nem is lehet cél egy keresztmetszeti vizsgálatban – hanem arra törekedtem, hogy a szív-érrendszeri megbetegedésekkel való kapcsolatuk erősségét egymással, és egyes hagyományos kockázati tényezők szív-érrendszeri betegségekkel való kapcsolatának erősségével összehasonlítsam.

A D típusú személyiség eredményeim szerint jelez ugyan kapcsolatot (OR 1.8), más kockázati tényezőkkel együtt vizsgálva azonban önálló összefüggése elvész. Az áttekintett irodalmi adatokhoz képest tehát a D típusú személyiség és szív-érbetegségek kapcsolatában kisebb összefüggést kaptunk. Ennek magyarázata lehet, hogy súlyossági kategóriákból független, összefoglaló betegségkategóriát vettünk alapul az analízisben, szemben az áttekintett nyugat-európai vizsgálatok diagnózis szempontjából homogénebb, és lefolyás szempontjából súlyosabb betegcsoportjaival. A szív-érrendszeri betegségekkel való kapcsolat elemzésénél is figyelembe kell vennünk azt a tényt, hogy a keresztmetszeti vizsgálatban elvész a D típusú személyiség azon lényeges aspektusa, hogy az általa képviselt összefüggést (vagy kockázatot) – személyiséghez kötött jellegénél fogva – tartósan hordozza.

A szorongás szintén enyhe, de szignifikáns összefüggést mutatott a szív-érrendszeri betegségekkel, amely összhangban áll az utóbbi időszak nemzetközi vizsgálatainak eredményeivel (143).

Más pszichoszociális tényezőket, így a vitális kimerültséget, depressziós tünetegyüttest, alacsony szocioökonómiai státuszt, valamint két hagyományos rizikófaktort (magasvérnyomás-betegség és cukorbetegség) figyelembe véve mind a D típusú személyiség, mind a szorongás önálló hatása elveszett, elképzelhető tehát, hogy hatásukat a fenti három pszichoszociális háttértényező közvetíti.

Vizsgálatom alapján ugyanakkor mind a vitális kimerültség, mind a depressziós tünetegyüttes jelentős önálló összefüggést hordoz a szív-érrendszeri betegségek szempontjából. Az összefüggés erőssége (a küszöbalatti depressziós tünetegyüttest kivéve) nem különbözik szignifikánsan a magasvérnyomás-betegség és a cukorbetegség esetében tapasztalttól. Nőket és férfiakat külön vizsgálva nem állapíthatók meg igazán lényeges nemi különbségek az egyes tényezők által mutatott összefüggés mértékében. Eredményeim alapján tehát a vitális kimerültség és a depresszió fontos önálló háttértényező a szív-érrendszeri betegségekben, az általuk mutatott összefüggés erőssége nem marad el a két vizsgált hagyományos, jól dokumentáltan jelentős kockázatot hordozó tényezőjétől. Ez, figyelembe véve a depressziós tünetegyüttes fent részletezett gyakoriságát is, azt jelenti, hogy a depressziós tünetek szűrése és kezelése a kardiológiai rutinmunka során éppen olyan fontos szereppel bír, mint a vérnyomás és

vércukor beállítása, és a lipid-profil normalizálása, amelyek ma már minimumkövetelménynek számítanak.

A szocioökonómiai státusz szerepét elemezve úgy tűnik, hatását kardiovaszkuláris betegségek esetén a többi változó közvetíti (nők esetében ugyan az alacsony SES a szignifikancia-határt még éppen átlépi). Ez megfelel Kopp és mtsai (98, 102) modelljének, mely a szociális-társadalmi tényezők és morbiditás kapcsolatában pszichológiai tényezők (elsősorban a depressziós tünetegyüttes) közvetítő szerepét hangsúlyozza. A depressziós tünetegyüttes közvetítő szerepét az általam kapott adatok is megerősítik, hisz míg a SES a depressziós tünetegyüttesnek önálló háttértényezője, a kardiovaszkuláris betegségeket vizsgálva a depresszióval egy modellben kezelve elveszti önálló hatását.

Lényegében hasonló összefüggések állapíthatók meg abban az esetben is, amikor a szövődménymentes szív- érrendszeri betegeket és az agyérbetegeket vizsgáljuk (4.6 ábra). Agyérbetegségekkel kapcsolatban látható a magasvérnyomás-betegség kiemelten erős összefüggése, mely az egyik legrégebben és legalaposabban bizonyított rizikófaktor.

Meglepő adat ugyanakkor az, hogy szívinfarktus esetében csak az enyhe és klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes és a magasvérnyomás-betegség mutat szignifikáns összefüggést, a vitális kimerültség hatása elvész. Ez talán magyarázattal szolgálhat a vitális kimerültséggel kapcsolatos ellentmondó irodalmi adatokra: bizonyos súlyossági fokozat (jelen vizsgálatban az infarktus) után a vitális kimerültség önálló szerepe már nem azonosítható. A vitális kimerültség önálló szerepe a szívbetegség súlyossági kategóriáinak pontosabb meghatározásával jobban tisztázható lenne. Amennyiben a vitális kimerültséget az előző alfejezetben (5.1.6) részletezettek szerint a depresszió egyik megelőző állapotának tekintjük, és figyelembe vesszük a szív-érrendszeri betegség lefolyása és a pszichológiai változók közti interakciót is, könnyen elképzelhető egy olyan (egyenlőre csak teljesen teoretikus) modell, amely szerint a vitális kimerültségből depresszióba való átmenet a szív- érrendszeri betegség súlyosbodásának hatására jön létre.

5.3.3 Orvosi kezelés depresszió miatt szív- érrendszeri betegségekben

Az előző alfejezetben látható volt a depressziós tünetegyüttes jelentős, magasvérnyomás-betegséggel és cukorbetegséggel összemérhető összefüggése a szív-érrendszeri betegségekkel. A két említett hagyományos rizikófaktor kitüntetett figyelemmel bír mind a klinikai kardiológiai kutatásokban, mind a mindennapi terápiás gyakorlatban. Ezzel szemben úgy tűnik, a depressziós tünetegyüttes egyelőre a mindennapi gyakorlat látószögén kívül esik. A szív-érrendszeri betegségben szenvedő és nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetektől szenvedő alsoportban a depresszió miatti kezelés aránya 12%-os, amely kevesebb a teljes mintában klinikailag szignifikáns depressziósok kezelési arányánál (20.3%). Ez azért is aggasztó, mert míg a teljes minta egy része soha nem került kapcsolatba az egészségügyi ellátással, a szív- érrendszeri betegséggel kezelték már biztosan megfordultak legalább a háziorvosnál, ennek ellenére kezelési arányaik rosszabbak a teljes mintához hasonlítva. Ennek magyarázata lehet talán az, hogy a szív- érrendszeri betegségek kapcsán észlelt negatív érzelmeket a szív- érrendszeri betegség természetes következményeiként kezelik, nem pedig egy lehetséges hangulatzavar tüneteinek.

Az áttekintett irodalom és saját vizsgálatom alapján is úgy tűnik tehát, hogy lényeges szemléletváltásra van szükség a klinikai kardiológiában. Fontos volna, hogy a depressziós tünetegyüttes szűrése és kezelése a szív- érrendszeri betegek ellátásának éppen olyan rutin része legyen, mint a vérnyomás beállítása, a cukor- és lipidanyagcsere rendezése, valamint az életmód tanácsadás.

5.3.4 A vizsgálat korlátai:

Fontos leszögeznünk, hogy az adatok a szív- érrendszeri betegségek finomabb analizésére nem alkalmasak, mivel sem pontos diagnózis, sem pontos súlyossági kategóriák nem állnak rendelkezésre. A keresztmetszeti jelleg miatt nem tudunk következtetni lényeges – hosszmetsetben észlelhető – folyamatokra, a D típusú személyiség, vitális kimerültség, depresszió időbeli, egymáshoz, valamint a kardiovaszkuláris eseményekhez való viszonyaira. A fenti vizsgálattal jól megjeleníthetők az egyes változók közti kapcsolatok, de a keresztmetszeti jelleg nem

teszi lehetővé a kapcsolatok irányának vizsgálatát, vagyis azt, hogy ok-okozati jellegű következtetéseket vonjunk le az egyes változók által hordozott kockázatra vonatkozóan.

5.4 A vizsgálatban kapott legfontosabb eredmények összefoglalása

5.4.1 A depressziós tünetegyüttessel kapcsolatos legfontosabb eredmények rövid összefoglalása

1. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága nők esetén összevethető nemzetközi és hazai irodalmi adatokkal, *férfiak esetén a nemzetközi irodalmi adatoknál magasabb értékek valószínűsíthetőek* (az összevetés lehetősége korlátozott az eltérő módszertan miatt).
2. Ennek megfelelően *kisebbség a nemi különbségek is* (a nők javára) a depressziós tünetegyüttesben,
3. A kor mellett vizsgálatomban *a SES jelentős szerepe is bizonyítást nyert*.
4. Egyes pszichoszociális tényezők (vitális kimerültség, D típusú személyiség) *jelentős szerepe megerősítést nyert*, a szorongás szerepét sikerült reprodukálni.
5. A vitális kimerültség, a D típusú személyiség valamint a szorongás regressziós modellben való vizsgálatával *nagy elemszámú közösségi mintán először került igazolásra, hogy a nemnek a depressziós tünetekre való hatása nagyon erősen köthető pszichológiai háttértényezőkhöz*.
6. Nagy elemszámú mintán először került megállapításra, hogy *a megküzdés és a diszfunkcionális attitűdök szerepe epidemiológiai szempontból jóval kisebb a klinikai tapasztalatok alapján vártnál*, mind a depressziós tünetegyüttesben, mind a benne megfigyelhető nemi különbségekben.

Depresszióval kapcsolatos orvoshoz fordulás:

7. Vizsgálatom alapján bizonyítást nyert, hogy jelenleg Magyarországon a depressziós tünetegyüttes miatt kezelésben részesülők aránya *nagyon alacsony* a kezeletlen depressziósokhoz képest.
8. Az orvoshoz fordulásban kétszeres nemi különbséget találtam a nők javára.

9. Nagy elemszámú mintán először került megállapításra, hogy a *nem hatása* az orvoshoz fordulásban – ellentétben a depressziós tünetegyüttesrel - regressziós vizsgálattal elemezve *független a pszichoszociális háttértényezőktől, vagyis a nem hatása önállóan, és nem más tényezőkön keresztül érvényesül.*
10. Fontos és meglepő eredmény az is, hogy a depresszió miatti orvoshoz fordulásban a *SES-nek várakozásunktól eltérően elhanyagolható a szerepe* (férfiaknál egyáltalán nem játszik szerepet, nőkben hatása minimális).
11. Nagy elemszámú mintán először került igazolásra, hogy a *megküzdés és diszfunkcionális attitűdök nem befolyásolják az orvoshoz fordulásban észlelhető nemi különbségeket.*

Következtetések:

A depresszió fontos háttértényezői a magas pszichoszociális stresszt közvetítő faktorok. A nemi különbségek csökkenhetnek, ha a férfiak pszichoszociális stressz terhelése (is) megnövekedett. Más irodalmi adatok alapján a magyar és közép-kelet európai férfiak stressz terhelése nagyobb, és ez a hatás lehet, hogy szerepet játszik a depresszióban észlelhető nemi különbségek jelen vizsgálatban való csökkenésében. Ezeket a következtetéseket azonban, célzott, longitudinális vizsgálatokkal szükséges megerősíteni.

A depressziós tünetegyüttesben észlelhető nemi különbségekben a pszichoszociális tényezőktől független, önálló szerepet játszhat az is, hogy a nők kétszer olyan gyakran keresnek depresszió miatti segítséget, mint a férfiak.

5.4.2 A szív- érrendszeri zavarok és pszichológiai jellemzők kapcsolatának vizsgálatakor kapott legfontosabb eredmények összefoglalása

1. A szív- érrendszeri betegeknek körülbelül a fele depressziós tünetekkel küzd, legalább egy negyedük nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depresszióval. Először került megállapításra az, hogy *ez a nemcsak az infarktuson vagy agyérbetegségen átesettek, hanem a még szövődménymentesen kezelt betegek esetében is igaz.*

2. Jelen vizsgálatban erősítette meg először nagy populációs vizsgálat azokat a klinikai vizsgálatokból származó adatokat, *hogy a szívinfarktussal az enyhe, küszöbalatti depressziós tünetek is csaknem ugyanolyan erős kapcsolatot mutatnak, mint a klinikailag szignifikáns depresszió.*
3. Vizsgálatomban a D típusú személyiség és szív-érrendszeri betegségek kapcsolatának erőssége kisebb, mint az alacsonyabb elemszámú vizsgálatokban. Ebben szerepet játszat a pontos diagnózisok és súlyossági kategóriák hiánya is, valamint a keresztmetszeti elrendezés.
4. A vizsgálat keretében először került megállapításra, *hogy a vitális kimerültség és a depressziós tünetegyüttes egymástól független, erős, a magasvérnyomás-betegséghez hasonló mértékű kapcsolatot mutatnak a szövődménymentes szív-érrendszeri betegségekkel és agyérbetegségekkel.*
5. *A szocioökonómiai státusz szerepét valószínűleg a két fenti tényező közvetíti.*
6. *Szívinfartus esetén a depresszió marad a vizsgált jellemzők közül az egyetlen jelentős pszichológiai háttértényező.*
7. Végül, de nem utolsósorban említendő az a hazai klinikai gyakorlat szempontjából talán legfontosabb eredmény, hogy a depressziós tünetegyüttes és a kardiovaszkuláris betegségek magas komorbiditása ellenére *a szív- érrendszeri betegek között a depresszió miatti kezelések száma rendkívül csekély, kevesebb, mint az átlagnépességben.*

5.4.3 A jelen vizsgálat által felvetett, további kutatásra javasolható kérdések:

A pszichoszociális stressz és a depresszió kapcsolatának vizsgálata

1. A pszichoszociális stressz és a depressziós tünetek kapcsolatának részletes elemzése Amennyiben sikerülne a pszichoszociális stressz mérésére nagy specificitással alkalmas mérőeszközt fejleszteni, vagy magyar mintára adaptálni, a major depresszió mérésére specifikusabb eszközzel együtt alkalmazva, longitudinális vizsgálat keretében vizsgálhatóvá válna, hogyan függ össze, és milyen módon választható el a magas pszichoszociális stressz és a major depresszió. A kettő közti határ a Beck Kérdőív magas szenzitivitása és alacsony specificitása miatt nehezen húzható meg a jelen

vizsgálatban. Bár mind a két szempontból segítséget (vagy kezelést) igénylő, szubjektív jóllétet és életminőséget rontó állapotról van szó, differenciálásuk mégis fontos, hiszen más terápiás intervenciót igényel a magas stressz (stresszkezelő tréning, vagy egyéni tanácsadás), és a major depresszió (gyógyszeres,- vagy pszichoterápia). A magas pszichoszociális stressz és depresszió viszonyának pontos tisztázása valószínűleg a nemi különbségek jobb megértéséhez is fontos adatokkal szolgálhatna.

2. Vitális kimerültség és D típusú személyiség kapcsolatának elemzése

Ugyanilyen fontos volna, a vitális kimerültség, a D típusú személyiség és a depresszió időbeli kapcsolatának elemzése longitudinális vizsgálattal. A D típusú személyiség koncepciója akkor foglалhatja el helyét a különböző tudományosan megalapozott pszichológiai konstruktumok között, ha időbeli tartósságát sikerül igazolni. Ugyanakkor nem rendelkezünk még adatokkal a D típusú vonások gyermek,- vagy pubertás,- ill. adolescens korban való meglétéről, nem tudjuk, hogy mikor alakul ki, és hogy hosszabb idő-intervallumot nézve változik-e.

További kutatásra érdemes kérdés az is, milyen a D típusú személyiség és a vitális kimerültség viszonya más pszichiátriai betegségekhez is, hiszen eddig mindkettőt elsősorban kardiovaszkuláris betegek között vizsgálták.

3. A magyarországi és kelet-európai férfi lakosság felmérése hangulatzavarok szempontjából

Bár jelen kérdőíves felmérésnek számos korlátja van a major depressziós betegek pontos azonosításában, az azonban a Beck Kérdőív segítségével is kijelenthető, hogy a magyar férfiak nyugat-európai társaiknál sokkal inkább szenvednek depressziós tünetegyüttestől, legyen akár ez a pszichiátriai értelemben vett depresszió, akár a magas pszichoszociális stressz, akár valami egyéb háttértényező jele. Az mindenképpen elmondható, hogy a férfiak szubjektív nem-jól léte (hogy ezt a rendkívül tág kategóriát használjam) magasabb, mint más epidemiológiai vizsgálatok esetében. Más közép-kelet európai vizsgálatok is megerősítik ezt az elképzelést. A magyar (és közép-kelet európai) férfiak megdöbbenő - és csak a hagyományos kockázati tényezőkkel nem kielégítően magyarázható - morbiditási és mortalitási mutatói is arra hívják fel a figyelmet, hogy a férfiak mentális állapota (és pszichiátriai epidemiológiája) elüthet nyugat-európai

társaiktól. Éppen ezért, nagyon fontos volna egy nagy elemszámú, az összehasonlíthatóság miatt az idézet nyugat-európai epidemiológiai vizsgálatoknak megfelelő módszertannal lefolytatott közép-kelet európai regionális, reprezentatív epidemiológiai vizsgálat. A közép-kelet európai országok epidemiológiai sajátosságainak részletes elemzése talán a hangulatzavarokban észlelt nemi különbségek jobb megértésében is segíthet.

Szív- érrendszeri betegségek és pszichoszociális háttértényezők kapcsolatának vizsgálata

1. A depressziós tünetegyüttes és a pszichoszociális stressz pontos hatásmechanizmusának tisztázása kardiovaszkuláris zavarok esetén.

Fontos további kutatási téma lehet az, hogy a depressziós tünetegyüttes kardiovaszkuláris betegségekre gyakorolt hatásában mekkora arányban vesznek részt a depresszió (és a krónikus stressz) pszichofiziológiai következményei, ill. a magatartásra gyakorolt hatásai (tehetetlenség, passzivitás, a kezelő személyzettel való együttműködés csökkenése). A depresszió pszichofiziológiai hatásairól óriási irodalom gyűlt már össze, lehetséges kórélettani szerepükről számos teória látott napvilágot, de azon publikációk száma elenyésző, melyek ezen hatások erősségét kardiológiai betegek között, betegségük lefolyásának függvényében vizsgálja.

2. A vitális kimerültség és a depresszió önálló szerepének és hatásmechanizmusának vizsgálata

Vizsgálatomban látható, hogy a két nagyon összefüggő konstruktum hatása független egymástól szív- érrendszeri betegségek esetén. Fontos kutatható kérdés volna, mennyiben mások a vitális kimerültség és a depresszió pszichofiziológiai következményei, és ezek kardiovaszkuláris betegségekre gyakorolt hatásai.

3. A depressziós tünetegyüttes kezelésének protektív szerepe a kardiovaszkuláris morbiditás, és a szívbetegség lefolyásának szempontjából.

A bevezetőben említett számos vizsgálat és jelen dolgozat eredményei is alátámasztják a depressziós tünetegyüttes szív- érrendszeri betegségekben játszott szerepét. Arról

ugyanakkor nem születtek még publikációk, hogy a depressziós tünetegyüttes kezelése szívbetegek esetén mennyire javítja a prognózist és a betegség lefolyását. A hagyományos kockázati faktorok (magas vérnyomás kezelése, koleszterinszint csökkenése) kezelésének pozitív hatásairól évente több, nagy elemszámú, prospektív, longitudinális vizsgálat jelentik meg. A depressziós tünetegyüttes kezelésének fontosságát a kardiológiában (is) egy ilyen típusú vizsgálat tudná igazán megerősíteni.

5.4.4 Az eredmények hasznosíthatósága

Közösségi mentálhigiéné:

Vizsgálatom eredményei felhívhatják a figyelmet arra, hogy a közösségi ellátásban még mindig nagy erőfeszítésekre van szükség a depressziós tünetegyüttes felismerési és kezelési arányának növelésére. A férfiak depressziójának felismerése és kezelése külön fontos, hiszen láthattuk, hogy részvételük az amúgy is alacsony kezelési arányban feleakkora, mint a nőké.

Klinikai kardiológia:

Eredményeim segíthetnek a depressziós tünetegyüttes kardiológiában való jelentőségének meghatározásában. Ugyanakkor az általunk használt mérőeszközök a mindennapi klinikai gyakorlatban is könnyen, rutinszerűen használhatóak, és a mindennapi rutin részévé tehetőek. Ugyanilyen módon alkalmazhatóak közösségi szűrővizsgálatokban és egészségfejlesztő programokban is.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet nyilvánítani témavezetőmnek Kopp Máriának azért a segítségért, melyet a kutatás módszertanának megtanulásában, a kutatás lebonyolításában és az eredmények megírásában nyújtott. Közvetlen munkatársaimnak Csoboth Csillának, Szumska Irenának és Réthelyi Jánosnak a sok együttgondolkodásért, inspirációért és azért a baráti légkörért, ami nélkül igen nehéz dolgozni. Rózsa Sándornak a nyers adatok feldolgozásában való közös munkáért, és a statisztikában tőle kapott hasznos tanácsokért. Az egész Doktori Iskolának megértéséért, és a türelméért, melyet késlekedéssel kapcsolatban tanúsított, s külön Lengyel Anitának a sok gyakorlati segítségért. A gyerekeimnek, Sárinak és Samunak azért, hogy megbocsátják a tőlük ellopott időt.

És végül feleségemnek, Birkás Emmának, aki nélkül ez a dolgozat nem születhetett volna meg.

Irodalomjegyzék

1. Alder B: The perimenopause. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (eds): *Mood disorders in women*. Martin Lunitz, London 2000: 383-398
2. Adler NE, Bopyce T, Chesney MA et al: Socioeconomic status and health: *Am Psychol* 1994;49: 15-24
3. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glasman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*. 1993;4:285-294
4. Angold A, Costello EJ, Worthman CM: Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998; 28: 56-61
5. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM: Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med* 1999; 29: 1043-1053
6. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine J-P, Mendlewicz J, Tylee A: Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depression II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 201-209
7. Appels A, Mulder P: Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 1988;9: 758-764
8. Aromaa A, Raitasalo R, Reunaanen A et al: Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994, 377:77-822
9. Astbury J: *Gender Disparities in Mental Health*. World Health Assembly. Department of Mental Health WHO. Genf 2001: 73-92
10. Bagby RM, Rector NA, Segal ZV et al: Rumination and distraction in major depression: assessing response to pharmacological treatment. *J Affect Disord* 1999;55: 225-229
11. Bandura A: *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. NJ, Prentice-Hall 1986
12. Bánki MCs.: A depressziók neurokémiai modelljei az ezredfordulón. In: *Hangulatzavarok szerk: Szádóczy E, Rihmer Z, Medicina, Budapest, 2001*.
13. Barefoot JC, Dahlstrom WG, Williams RB: Hostility, CHD incidence and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosom Med* 1983;45: 59-63
14. Barefoot JC, Schroll M: Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*. 1996, 93:1976-1980
15. Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press NY 1976
16. Beck AT, Beck RW: Screening depressed patient in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med* 1972, 52: 81-85
17. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation *Clin Psychol Rev* 1988;8 77-100
18. Beck CT: Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50: 275-285
19. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174: 307-311

20. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G: Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33: 587-595
21. Bracke P: Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33: 420-429
22. Breslau N, Schultz L, Peterson E: Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res* 1995;58: 1-12
23. Breslau N, Chilcoat H, Schultz L: Anxiety disorders and the emergence of sex differences in major depression. *J Gen Specif Med* 1998;1: 33-39
24. Broderick PC: Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distractive coping strategies. *J early Adolesc* 1998;18: 173-191
25. Brubn JG, Parades A, Adfsett CA, Wolf S: Psychological predictors of sudden death in myocardial infarction. *J Psychosom Res.* 1974;18: 187-191
26. Burns DD: *Feeling good. The new mood therapy.* Signet and Mentor NY. 1980.
27. Canals J, Blade J, Carbajo G et al: The Beck Depression Inventory: Psychometric characteristics and usefulness in nonclinical adolescents *Eu J Psychological Assessment* 2001;17:63-68
28. Carney RM, Rich MW, Freedland KE et al: Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary heart disease. *Psychosom Med.* 1988, 50: 627-633
29. Cairney J, Wade TJ: The influence of age on gender differences in depression: further population-based evidence on the relationship between menopause and the sex difference in depression. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2002;101: 401-408
30. Chandy JM, Blum RW, Resnick MD: Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl* 1996;20: 1219-123141.
31. Clancy, A., Gove, W. Sex differences in mental illness: An analysis of response bias in self-reports. *American Journal of Sociology* 1974; 80: 205–216.
32. Costa PJ, Terracciano A, McCrae RR: Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol* 2001;81: 322-331
33. Costello CG: Social factors associated with depression: Retrospective community study. *Psychol Med* 1982, 12:329-339
34. Cutler SE, Nolen-Hoeksema S: Accounting for sex differences in depression through female victimization: childhood sexual abuse. *Sex Roles* 1991;24: 425-438
35. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK: Adolescent onset of the gender differences in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 21-27
36. Csoboth TCs, Birkás E, **Purebl Gy** (2003): Physical and Sexual Abuse: Risk Factors of Substance Use Among Young Hungarian Women. *Behavioral Medicine* 28: 4 165-171
37. Csilla Csoboth, Irena Szumska, **György Purebl**: Self-rated health and health damaging behaviour among young women in Hungary: The effect of offspring family characteristics. *Soc and Prev Medicine közlés alatt*
38. Csilla Csoboth, Emma Birkás, **György Purebl**: Living in Fear of Experiencing Physical and Sexual Abuse Is Associated with Severe Depressive

- Symptomatology among Young Women *J Women s Health* Jun 2005, Vol. 14, No. 5: 441-448
39. Denollet J, Van Heck, GL: Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about? *J Psychosom Res* 2001. 51: 465-468.
 40. Denollet J, De Potter B: Coping subtypes for men with coronary heart disease: relationship to well being, stress and type A behavior. *Psychol Med* 1992, 22: 667-84
 41. Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL: Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995, 57: 582-91
 42. Denollet J, Brutsaert DL: Personality, disease severity, and the risk of long term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998, 97: 167-73
 43. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL: Personality as independent predictor of long term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 1996, 347: 417-21
 44. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease. Adverse Effects of Type D Personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000, 102: 630-635
 45. Drew FL: The epidemiology of seconder amenorrhea. *J Chronic Dis* 1961:14: 396-407
 46. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH: Health and disability cost of depressive illness in a major US corporation. *Am J Psychiatry* 2000, 157: 1274-1278
 47. Dunlop, DD, Lyons, JS, Manheim, LM, Song, J, Chang, RW. Arthritis and Heart Disease as Risk Factors for Major Depression: The Role of Functional Limitation. *Medical Care.* 42(6):502-511, June 2004.
 48. Ellis A: Reason and emotion in psychotherapy. Lyle Stuart NY, 1962
 49. Engel G: A life setting conducive to illness: the giving-up complex. *Ann Intern Med* 1968:69: 293-300
 50. Ernst C, Angst J: The Zurich study XII. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur Arch of Psychiatry Clin Neurosci* 1992:241: 222-230.
 51. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA et al: Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996:58: 113-121
 52. Everson SA, Kauhanen J, Kaplan GA et al: Hostility and increased risk of acute myocardial infarction: the mediating role of behavioural risk factors. *Am J Epidemiol* 1997:146: 142-152
 53. Falger PRJ, Schouten EGW: Exhaustion, psychological stressors in the work environment and acute myocardial infarction in active men. *J Psychosom Res* 1992:36: 777-786
 54. Feingold A: Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1994:116: 429-456
 55. Fennig S, Schwartz JE, Bromet EJ: Are diagnostic criteria, time of episode and occupational impirment important determinants of the female:male ratio for major depression? *J affect Disord* 1994: 30: 147-154
 56. Ford DE, Mead LA, Chang PP, Levine DM? Klag MJ. Depression predict cardiovascular disease in men: the precursors study (abst). *Circulation* 1994. 90: I-614

57. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M: Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 1995, 91: 999-1005
58. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M: Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA* 1993, 270: 1819-1825
59. Frasure-Smith N, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG: Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Med.* 1999. 61:26-37
60. Fries H, Nillius SJ, Peterson F: Epidemiology of secondary amenorrhea II: a retrospective evaluation of etiology with special regard to psychogenic factors and Weight loss. *Am J Obstet Gynecol.* 1974:118: 473-479
61. Garnefski N, Arend E: Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *J Adolesc* 1998:21: 99-107
62. Glassman AH, Shapiro PA: Depression and the course of coronary artery disease. *AM J. Psychiatry*, 1998, 155: 4-11
63. Goodman M, Quigley J, Moran G et al: Hostility predicts restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Mayo Clin Proc* 1996:71: 729-734
64. Goodwin RD: Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychol Med* 2002:32: 1121-1124
65. Gyukits György, Ürmös Andor, Csoboth Csilla, **Purebl György**: A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében *LAM* 2000,10 11-12 911-915
66. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J: Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress: *J Psychosom Res* 2003:55: 235-45
67. Hannah K, Marmot M, Hemingway H: Systematic review of prospective cohort studies of psychological factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine* 2002:2" 267-314
68. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE? Silva PA, McGee R, Angell KE: Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998:107: 128-140
69. Hankin BL, Abramson LY: Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychol bull* 2001:127: 773-796
70. Hankin BL, Abramson LY: Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: reliability, validity and gender differences. *J Clin Adolesc Psychol* 2002:31: 491-504
71. Hans M, Carney RM, Freedland KE, Skala J: Depression in patients with coronary heart disease: a 12 month follow up. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996, 18: 61-65
72. Hayward C, Gotlib IH, Schaedley PK, Litt IF: Ethnic differences in the association between pubertal status and symptoms of depression in adolescent girls. *J Adolesc Health Care* 1999:25: 143-149
73. Helmers KF, Krantz DS, Howell RH et al: Hostility and myocardial ischaemia in coronary artery disease patients: evaluation by gender and ischemic index. *Psychosom Med*1993:55: 29-36

74. Hermann-Lingen C, Pedersen SS, , Purebl G, Gremigni P: Symposium entitled Cross cultural data on the Type D Personality Construct. To be presented at the The Third International Conference on the (Non) Expression of Emotions in Health and Disease, Tilburg, October 19-21 2003
75. Higgins M, Thom T: Cardiovascular disease in women as a public health problem. In: Wenger NK, Speroff L, Packard B (Eds): Cardiovascular health and disease in Women. LeJacq Communications Inc, Greenwich 1993:15-19
76. Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Sorensen P: Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD10) in general practice. *Acta Psych Scand* 2003;107: 197-202
77. Huether, G. The central adaptation syndrome: psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 1996. 48: 569-612;
78. Hyland, M.E. Control theory interpretation of psychological mechanisms of depression: comparison and integration of several theories. *Psychol. Bulletin.* 1987, 102,1: 109-121;
79. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU: Prevalence, recognition and prescription behavior in depressive syndromes. A German study. *Nervenarzt* 2002;73: 651-658
80. Jenkins R, Lewis g, Bebbington P et al: The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997;27: 775-789
81. Johnson JV, Stewaart W, Hall EEM et al: Long term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *Am J Public Health* 1996;86: 324-331
82. Julkunen J, Salonen R, Kaplan GA et al: Hostility and the progression of carotid atherosclerosis. *Psychosom Med* 1994;56: 519-525
83. Kaplan HI, Sadock BJ: Synopsis of psychiatry. Williams & Willkins Baltimore 1998
84. Kaplan JR, Adams MR, Clarkson TB et al: Psychosocial factors, sex differences and atherosclerosis: lessons from animal models. *Psychosom Med* 1996;58 596-611
85. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H: Mortality after bereavement: a prospective study of 95 647 persons. *Am J Public Health* 1987;77: 283-287
86. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A et al: Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation* 1994;89: 1992-1997
87. Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA: Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 2001;158: 587-593
88. Kessler RC, McGonagle KA, Schwartz M, Blazer DG, Nelson CB: Sex differences in the national comorbidity survey I:lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29: 85-96
89. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM III R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994. 51: 8-19

90. Kessler RC, Zhao S, KatzSJ, Kouzis AC, Frank RG, Edlund M, Leaf P: Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1999. 156:115-123
91. Kéri Sz, Janka Z: Molekuláris pszichiátria In: A pszichiátria magyar kézikönyve. Szerk:Füredi J, Németh A, Tariska P. Harmadik kiadás, Medicina 2003.
92. Kirby LG, Rice KC, Valentino RJ: Effect of corticotroping-releasing factor on neuronal activity in the serotonergic dorsal raphe nucleus. *Neuropsychopharmacology*. 2000. 22:148-162
93. Kling KC, Hyde JS, Showers CJ, Buswell BN: Gender differences in self esteem: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1999:125: 470-500
94. Koob GF: Corticotropin-releasing factor, norepinephrine and stress. *Biol Psychiatry*, 1999, 46:1167-1180
95. Kop WJ, Appels A, Mendes de Leon CF et al: Vital exhaustion predicts new cardiac events after succesful coronary angioplasty. *Psychosom Med* 1994:56: 281-287
96. Kopp M, Skrabski Á: Alkalmazott magatartástudomány. Corvinus Kiadó 1995, Budapest
97. Kopp Mária, Fóris Nóra: A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken, Budapest, 1995
98. Kopp M, Szedmák S, Lőke J, Skrabski Á: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *LAM* 1997: 7(3):136-144
99. Kopp MS, Skrabski A: Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatok módszertana. Végeken 1990, 2:4-24
- 100.Kopp, MS, Falger, PRJ, Appels, A, Szedmák, S: Depressive Symptomatology and Vital Exhaustion Are Differently Related to Behavioural Risk Factors for Coronary Artery Disease, *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60: 752-758
- 101.Kopp MS, Réthelyi J: Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality - the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin* 2004:62 351-367
- 102.Kopp, MS, Skrabski Á., Szedmák, S.: Socio-economic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *J Psychosomatic Research* 1995, 39: 1019-1029
- 103.Kopp M, Skrabski Á, Stauder A, Kawachi I: Biopsychosocial determinants of premature morbidity and mortality of the Hungarian population. Kongresszusi előadás, ICBM Satellite Meeting Aug 29-31, 2004, Budapest.
- 104.Kornstein SG, Scahtzberg AF, Thase ME et al: Gender differences in chronic major or double depression. *J Affect Disord* 2000:60: 1-11
- 105.Kramer MS, Cutler N, Feighner J, Shrivastava R, Carman J, Sramek jj, Reines SA, Liu G, Snavely D, WyattKnowles E, Hale JJ, Mills SG, MacCoss M, Swain CJ, Harriuson T, Hill RG, Hefti F, Scolnck EM, Cascieri MA, Chicchi GG, Sadowski S, Williams AR, Hewson L, Smith D, Rupniak NM: Distinct mecahnism of antidepressant activity by blockade of central substane P receptors. *Science*, 1998: 281:1640-1645
- 106.Kuehner C, Weber I: Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response style theory. *Psychol Med* 1999:29: 1323-1333

107. Kuehner C: Gender differences in the short-term course of unipolar depression in a follow-up sample of depressed inpatients. *J Affect Disord* 1999;56: 127-139
108. Kuehner C: Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003. 108: 163-174
109. Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero HJ et al: The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis *J Affect Disord* 2000;57: 261-265
110. Lazarus RS, Folkman S: *Stress, appraisal and coping*. New York Springer. 1984.
111. Lesperance F, Frasere-Smith N, Theroux P: Depression influences 1-year prognosis in unstable angina. (abstract) *J Am Coll Cardiol*. 1998. 333:208A
112. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gottlib IH: Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry* 2000;157: 1584-1591
113. Lin S, Jiang S, WU X, Qian Y, Wang D, Tang G, Gu N: Association analysis between mood disorders and monoamine oxidase gene. *Am J Med Genet* 2000. 96:12-14
114. Lowe B; Willand, L; Eich, W; Zipfel, S; Ho, AD, Herzog, W; Fiehn, C: Psychiatric Comorbidity and Work Disability in Patients With Inflammatory Rheumatic Diseases. *Psychosomatic Medicine*. 66(3):395-402, May/June 2004
115. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychol Med* 2001;31: 593-604
116. Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF: Gender differences in the prevalence in major depression: a survey in primary care. *J Affect Disord* 1999;53: 241-252
117. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ: Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 1978;32: 244-249
118. Meertens VI, Scheepers P, Tax B: Depressive symptoms in the Netherlands 1975-1996: a theoretical framework and an empirical analysis of socio-demographic characteristics, gender differences and changes over time. *Sociology of Health and Illness* 2003;25:208-231
119. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACO study. *Nervenarzt* 2000;71: 535-542
120. LaVecchia C, Decardi A, Franceschi S et al: Menstrual and reproductive factors and the risk of myocardial infarction in women under 55 years of age. *Am J Obstet gynecol* 1987;157: 1108-1112
120. McCranie EW, Watkins LO, Brandsma JM, Sisson BD: Hostility, coronary heart disease incidence and total mortality: lack of association in a 25-year follow up study of 478 physicians. *J Behav Med* 1986;9: 119-125
121. Miller LJ: Postpartum depression. *JAMA* 2002;287:762-765
122. Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al: Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1000-1006.
123. Murray, CJL, Lopez, AD: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 1997, 349: 1498-1054.

- 124.Nemeroff CB: The preeminent role of early untoward experience on vulnerability to major psychiatric disorders: the nature-nurture controversy revisited and soon to be resolved. *Mol Psychiatry*, 1999; 4:106-108
- 125.Nolen-Hoeksema S: Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987. 101(2): 259-282
- 126.Nolen-Hoeksema S: Sex differences in depression. Stanford University Press, Stranford CA, 1990
- 127.Nolen-Hoeksema S: Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991:100: 569-582
- 128.Nolen-Hoeksema S: The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000:109: 504-511
- 129.Ogilvie AD, Battersbí S, Bubb VJ, Fink G, Harmar AJ, Goodwim GM, Smith CA: Polymorphism in serotonin trasportor gene associated with susceptibility to major depression. *Lancet* 1996 347: 731-733
- 130.O'Hara MW, Swain AM: Rates and risk of psotpartum deprssion – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996:8: 37-54
- 131.Oliver MF: Ischaemic heart disease in young women. *BMJ* 1974:4: 253-259
- 132.O'Neil MK, Lancee WJ, Stanly J, Freeman J: Psychosocial Factors and depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986? 11:15-22
- 133.Parker G, Hadzi-Pavlovic D: Is any female preponderance in depression secondary to a primarily female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatr Scand* 2001:103: 252-256
- 134.Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovascular Prev and Rehab* 2003, 10:241-48
- 135.Post RM: Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent anxiety disorder. *Am J Psychiaatry*, 1992:149: 999-1010
- 136.Pratt LA, Ford DE, Crum RM et al: Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation* 1996:94: 3123-3129
- 137.Prescott EHC, Graenbaek M, Schnor P, et al: Vital exhaustion as a risk factor for ischaemic heart disease and all-cause mortality ina community sample. A prospective study of 4084 men and 5479 women in the Copenhagen City Heart Study. *Int J of Epidemiol* 2003:32: 990-997
- 138.Punnonen R, Jokela H, Aine R et al: Impaired ovarian functions and risk factors for atherosclerosis in premenopausal women. *Maturitas* 1997:27: 231-238
- 139.Ramcharam D, Love EJ, Fick GH, Goldfien A. The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. *J Clin Epidemiol* 1992:45: 377-392
- 140.Réthelyi JM, Purebl Gy, Kopp MS: Gender and sociodemographic correlates of depressive symptomatology in the population of Hungary. In: *Heart disease: environment, sress and gender*. Weidner G, Kopp MS, Kristenson M (Eds). IOS Press 2001
- 141.Réthelyi JM, Berghammer R, Itzész A, Szumska I, Purebl Gy, Csoboth Cs: Comorbidity of pain problems and depressive symptoms in young women: Results from a cross-sectional survey among women aged 14-24 in Hungary. *European Journal of Pain* 2004. 8: 63-69
- 142.Rodgers B: Models of Stress, vulnerability and affective disorder. *J affect Disord* 1991, 21:1-13

143. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J: Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implication for Therapy. *Circulation*, 1999. 99(16): 2192-2217
144. Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J: A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 2001. 16(4), 379-397.
145. Rutz W: Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord* 2001;62: 123-129
146. Schamling KB, Dimidjian S, Kaston W, Sullivan M: Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *J Abnorm Psychol* 2002;111: 350-356
147. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA: The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989;149: 1785-1789
148. Schuckit MA, Hesselbrock V: Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *Am J psychiat* 1994;151: 1723-1731
149. Seidnitz L, Diener E: Sex differences in the recall of affective experiences. *J Pers Soc Psychol* 1998;74: 262-271
150. Seligman MEP: Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco. W.H. Freeman 1975
151. Silverstein B: Gender difference in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002;159: 1051-1052
152. Simpson HB, Nee JC, Endicott J: First episode major depression. Few sex differences in course. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 633-639
153. Sonnenberg CM, Beekman AT, Deeg DJH, Van Tilburg W: Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101: 286-292
154. Sprock J, Yoder CI: Women and depression: an update on the report of the APA Task Force. *Sex Roles*. 1997;36:269-303
155. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J of Psychiatry* 2000, 157:1552-1562
156. Steptoe, A. Control and stress, In: Fink, E.G., ed. *Encyclopedia of Stress*, Vol 1.: Academic Press; 2000: 526-532.
157. Stokes, P.E. The potential role of excessive cortisol induced by HPA hyperfunction in the pathogenesis of depression. *European Neuropsychopharmacology*. 1995 Suppl. 77-82;
158. Stroud LR, Salovey P, Epel ES: Sex differences in stress responses: Social rejection versus achievement stress. *Biol Psychiatry* 2002;52 318-327
159. Szádóczy E, Fazekas I, Füredi J, Papp Zs: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban. *Psychiat Hung* 1996, 11: 495-503
160. Szádóczy E, Papp Zs, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J: The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. *J Aff Disord* 1998 50: 153-158
161. Szádóczy E, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orvosi Hetilap* 2000, 141 (1): 17-22
162. Szádóczy E: A hangulatzavarok epidemiológiája In: *Hangulatzavarok szerk: Szádóczy E, Rihmer Z, Medicina, Budapest, 2001.*

163. Thayer JF, Rossy LA, Ruiz-Padial E et al: Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2003;27: 349-367
164. Todorova I: Gender and psychosocial aspects of health in Eastern Europe. Kongresszusi előadás, ICBM Satellite Meeting Aug 29-31, 2004, Budapest.
165. Tringer L: A depressziók kognitív szemlélete. *Psych Hung*, 1985: 1:29-38
166. Trixler M: A hangulatzavarok genetikája In: *Hangulatzavarok szerk: Szádóczky E, Rihmer Z, Medicina, Budapest, 2001*
167. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ: Emerge of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(2): 190-198
168. Weidner G: The role of stress and gender-related factors in the increase in heart disease in Eastern Europe. In: *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender. G. Weidner, M. Kopp & M. Kristenson (Eds.) IOS Press, 2002.*
169. Weissman AN, Beck AT: The dysfunctional attitude scale. Thesis. Univ. Of Pennsylvania, Philadelphia 1979.
170. Weissman M, Kleerman G: Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psych* 1977;34: 98-111
171. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276: 193-299
172. Wichstrom L: The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Dev Psychology* 1999;35: 232-245
173. Williams, R.B., et al: Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 1980;242: 539-549
174. Williams R: Socioeconomic and psychosocial determinants of CVD in countries of Central and Eastern Europe: Genetic moderators and behavioural interventions. Kongresszusi előadás. ICBM Satellite Meeting Aug 29-31, 2004, Budapest.
175. Winkleby MA, Fortmann SP, Barrett DC: Social class disparities in risk factors of disease: eight year prevalence patterns by level of education. *Prev Med* 1990;19: 1-12
176. Wojciechowski FL, Strik JJ, Falger P et al: The relationship between depressive and vital exhaustion symptomatology post myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(5): 359-365
177. Wolk SI, Weissman MM: Women and depression: an update. *Rev Psychiatry* 1995: 14:227-259
178. Young EA: Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease. *J Gend Specif Med* 1998;1: 21-27
179. Zahn-Waxler C: The development of empathy, guilt and internalization of distress. Implications of gender differences in internalizing and externalizing problems. In: Davidson JR (ed). *Anxiety, Depression and Emotion. Oxford Univ Press NY* 2000:222-265
180. Ziegert DI, Kistner JA: Resonance styles theory: downward extension to children. *J Clin Child Adol Psychol* 2002;31: 325-334
181. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM IV: TR . 2000. American Psychiatric Association

Saját közlemények jegyzéke

Az értekezés témájával összefüggő közlemények jegyzéke:

Szűcs Orsolya, Csoboth Csilla, **Purebl György**: A 15-24 közötti nők öngyilkossági magatartása Magyarországon (1998-99). Mentálhigiéné és pszichoszomatika 10, 3-4, 5-15 1999.

Kopp Mária, Csoboth Csilla, **Purebl György**: Fiatal nők egészségi állapota In: Szerepváltozások szerk.: Pongrácz T, Tóth I. Gy. TÁRKI 1999.

Gyukits György, Ürmös Andor, Csoboth Csilla, **Purebl György**: A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében LAM 2000, 10 11-12 911-915

Kopp Mária, **Purebl György**: Szorongás és depresszió a magyar népesség körében, ennek családorvosi jelentősége. Családorvosi fórum 2000. 10 ,2-9

János M. Réthelyi, **György Purebl**, Mária S. Kopp: Gender and sociodemographic correlates of depressive symptomatology in the population of Hungary In: Heart Disease: Enviroment, Stress, and GenderG. Weidner, M. Kopp & M. Kristenson (Eds.) IOS Press, 2002.

Purebl György: Szorongás és depresszió a háziorvosi gyakorlatban. Hippocrates V/2 128-133. 2003.

Csoboth TCs, Birkás E, **Purebl Gy** (2003): Physical and Sexual Abuse: Risk Factors of Substance Use Among Young Hungarian Women. Behavioral Medicine 28: 4 165-171

Réthelyi JM, Berghammer R, Ittész A, Szumska I, **Purebl Gy**, Csoboth Cs. Comorbidity of pain problems and depressive symptoms in young women: Results from a cross-sectional survey among women aged 14-24 in Hungary. European Journal of Pain 2004. 8: 63-69

Csilla Csoboth, Irena Szumska, **György Purebl**: Self-rated health and health damaging behaviour among young women in Hungary: The effect of offspring family characteristics. Soc and Prev Medicine – közlésre elfogadva

Csilla Csoboth, Emma Birkás, **György Purebl**: Living in Fear of Experiencing Physical and Sexual Abuse Is Associated with Severe Depressive Symptomatology among Young Women J Women Health Jun 2005, Vol. 14, No. 5: 441-448

György Purebl, Emma Birkás, Csilla Csoboth, Irena Szumska, Mária S. Kopp: The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular disorders in a large scale national representative community survey – közlésre elfogadva (Behavioral Medicine)

Egyéb saját közlemények jegyzéke:

Kaszab Zsuzsa, **Purebl György**, Dévai Gabriella: Self-management programok az asthma bronciale kezelésében Végeken, 1992.

Szánthó András, Stauder Adrienne, **Purebl György**: Az allergiás betegségek komplex támogatása In.: Allergia csecsemő- és gyermekkorban szerk.: Polgár Mariann, Springer Hungária, Budapest, 1996

Szumska Irena, **Purebl György**, Gál Katalin: A klinikai pszichológus szerepe a pulmonológiai ellátásban In.: Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium Protokolljai Animula, Budapest 1998.

Kopp Mária, Csoboth Csilla, **Purebl György**: Egészségmegőrzés: Mit jelent ma Magyarországon a fiatal nők "egész"-sége. Mentálhigiéné és pszichoszomatika 10, 3-4, 5-15 1999.

Purebl György, Novák Márta: Az insomniák nem gyógyszeres kezelési módszerei In: Az alvás- és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája, szerk: Novák Márta, Okker Kiadó 2000.

Gyukits György, Ürmös Andor, Csoboth Csilla, **Purebl György**: Fiatal roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról. Népegészségügy 2000, 81, 5, 17-27

Purebl György: A pánikbetegség, a fóbiák és egyéb szorongásos zavarok pszichoterápiás kezelése, In: A pszichiátria magyar kézikönyve, szerk: Füredi, J., Tariska, P., Németh A., Medicina, Budapest, 2000, 2003.

Novák Márta, **Purebl György**, Vizi János: Az inszomniák gyógyszeres és nem farmakológiai terápiája. Hippocrates III/6 2001. November-december

Szumska Irena, Túry Ferenc, Hajnal Ágnes, Csoboth Csilla, **Purebl György**, Réthelyi János (2001): Evészavarok prevalenciája fiatal nők reprezentatív mintájában. Psychiatria Hungarica, 16(4):374-383

Novák Márta, **Purebl György** Alvászavarok In: Magatartástudományok, szerk.: Buda Béla, Kopp Mária, Medicina, Budapest, 2001.

Gyukits György, Ürmös Andor, Csoboth Csilla, **Purebl György**: A fiatal roma nők szűrővizsgálatokon való megjelenése Orvosi Hetilap 143. 36. 2077-2079. 2002.

Gyukits György, Ürmös Andor, Csoboth Csilla, **Purebl György**: Fiatal roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról In: Egészségügy, kommunikáció, cigányság, szerk: Ambrus Péter, Csépe Péter, Forrai Judit, Új Aranyhíd Kiadó, Budapest, 2002.

Gyukits György – Ürmös Andor – Csoboth Csilla – **Purebl György**: Hogyan látják a fiatal roma nők egészségi állapotukat és egészségügyi ellátásukat. Védőnő 12 (3) 37-39

Irena Szumska, Ferenc Túry, Csilla T. Csoboth, János Réthelyi, **György Purebl**, Ágnes Hajnal : The Prevalence of Eating Disorders and Weight-control Methods among Young Women: A Hungarian Representative Study. Eu Eating Disorders Review. Vol 13(4) 278-284, 2005.

Kongresszusi részvételek:

Purebl, Gy., Kopp, M.S., Szedmák, S., Birkás, E: Gender Differences in the Depressive Symptom Patterns in the Hungarian Population. NATO Advanced Research Workshop, Budapest, 2000 május 20-23. – poszter

Purebl György, Birkás Emma: Fiatal nők-depressziós tünetek Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Vándorgyűlése, 2001 január 21-24. Győr

Sarolta Giczy, Csilla Csoboth, **György Purebl**, Maria Kopp: Better mental health for female college students. Health and Wealth for Europe s Young Generation, a Challenges to Prevention” International Conference August 22-25 2001 Budapest

Purebl György, Kopp, Mária, Szedmák Sándor, Birkás E.: Nemi különbségek a depressziós tünetegekben Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Vándorgyűlése, 2002 január 21-24. Miskolc – előadás

György Purebl, Ferenc Túry: Integrative approaches of CBT for psychosomatic disorders in a Hungarian Centre. XXXIII Annual Congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies. Prague, The Czech Republic, 10-13 Sept 2003– meghívott előadóként

György Purebl, Ildikó Danis, Mária S Kopp, Johan Denollet: Type D as a potential risk factor for cardio- and cerebrovascular disorders in the Hungarian population. Third International Conference on the (Non)Expression of Emotions in Health and Disease. Tilburg, The Netherlands, 19-21 Oct, 2003. – meghívott előadóként

György Purebl, Emma Birkás, Sándor Rózsa, Mária S Kopp, Johan Denollet: Type D personality and cardiovascular disease in Hungary. ICBM Satellite Meeting in Budapest, Hungary, 29-31 Aug 2004.- meghívott előadóként

Függelék

Major depresszív epizód fogalma a DSM IV. alapján

A. A következő tünetekből öt (vagy több) áll fenn egy kéthetes periódus alatt, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg. Az első két tünetből legalább egy, vagy az (1) depresszív hangulat, vagy a (2) érdeklődés vagy öröm elvesztése szükséges a diagnózishoz. Figyelem! Nem számítjuk a tünetek közé azokat, amelyek egyértelműen az általános egészségi állapot következményei, ill. a hangulathoz nem illő hallucinációkat és téveszméket.

1. A nap legnagyobb részében és csaknem minden nap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló (pl. szomorúság vagy üresség érzése) vagy mások megfigyelései (pl. könnyezni látják) jelez. Figyelem! Gyerekeknél vagy serdülőknél elég az ingerült hangulat jelzése.
2. Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése minden vagy majdnem minden tevékenységben a nap túlnyomó részében, és majdnem minden nap (akár szubjektív beszámoló, akár mások megfigyelése).
3. Jelentős súlycsökkenés vagy -gyarapodás (havonta a testsúly 5%-át elérő változás) diétázás nélkül, vagy az étvágy jelentős csökkenése/növekedése csaknem minden nap (gyermekekben a súlygyarapodás elmaradása).
4. Insomnia vagy hypersomnia csaknem minden nap.
5. Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem minden nap (mások megfigyelése, nem elegendő csupán a nyugtalanság vagy meglassultság szubjektív érzete).
6. Fáradtság vagy anergia csaknem minden nap.
7. Értéktelenség érzete vagy kifejezett ill. inadekvát önvádolás/bűntudat, akár téveszmés fokban is, szinte minden nap (nem pusztán a beteg-lét miatti lelkiismeret-furdalás vagy bűntudat).
8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség, szinte minden nap (akár szubjektív élmény, akár mások megfigyelése).

9. A halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv.

B. A tünetek nem elégítik ki a bipoláris kevert epizód ismérveit.

C. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működések romlását okozzák.

D. A tünetek nem kémiai anyag (pl. visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer) vagy általános egészségi állapot (pl. hypothyreoidizmus) közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatóak.

E. A tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval (azaz egy szeretett személy halálát követő két hónapot meghaladóan is fennállnak) vagy észrevehető funkcionális károsodást jeleznek (beteges értéktelenség-tudat, öngyilkossági gondolatok, pszichotikus tünetek vagy pszichomotoros retardáció).

Összefoglaló

Célkitűzések:

A dolgozatomban szereplő vizsgálat során az alábbiakra próbáltam választ kapni:

- Fennmaradt-e az elmúlt hét évben, a korábban a depressziós tünetekben észlelhető emelkedő tendencia?
- Milyen esetleges pszichológiai háttértényezők mutatnak összefüggést a szociális-gazdasági tényezőkkel, mind a depresszió, mind a népegészségügyi szempontból legjelentősebb kardiovaszkuláris morbiditás szempontjából?
- Milyen háttértényezőkkel magyarázhatók a korábbi vizsgálatok során kapott kisebb nemi különbségek a depresszióban?
- Mennyiben mérhető össze a pszichológiai háttértényezők és kardiovaszkuláris morbiditás összefüggése a hagyományos szív- érrendszeri kockázati tényezőkkel kapott kapcsolat erősségével?

A pszichológiai háttértényezők között a diszfunkcionális attitűdök, egyes megbirkózási stratégiák, a vitális kimerültség, a szorongásosság és a D típusú személyiség szerepét vizsgáltam. A D típusú személyiség vizsgálata Magyarországon először történt meg, és nemzetközi viszonylatban is ez az ezzel kapcsolatos első reprezentatív lakossági felmérés .

Minta: A Hungarostudy 2002 vizsgálat során 12653 személy kérdőíves vizsgálata történt. A személyek a teljes magyar felnőtt lakosságot reprezentálták kor, nem és település szerint.

Mérőeszközök: A pszichológiai változók mellett (rövidített Beck Kérdőív, a Vitális Kimerültség kérdőív rövidített változata, a D típusú személyiséget mérő kérdőív, valamint a szocioökonómiai helyzetre, szorongásosságra, diszfunkcionális attitűdökre, megbirkózási stratégiákra vonatkozó kérdések) a depresszióval, szív-érrendszeri betegségekkel, magasvérnyomás-betegséggel és cukorbetegséggel kapcsolatos kérdések kerültek felvételre.

Eredmények: A küszöbalatti depressziós tünetegyüttes prevalenciája 15.3%, a nagy valószínűséggel klinikailag szignifikáns depressziós tünetegyüttes előfordulása a mintában 13.5%. Az elmúlt 7 évben tehát a depressziós tünetegyüttes gyakoriságának

növekedése megállt. A szocioökonómiai státusz, a vitális kimerültség, a D típusú személyiség és a szorongásosság is fontos háttértényezőnek bizonyultak. A depressziós tünetegyüttes szignifikánsan gyakoribb volt nők között (OR: 1.3), a különbségek azonban jóval kisebbek a várt 2:1 aránynál, és megegyeznek a korábbi felmérések során kapott arányokkal. A férfiakat és nőket külön vizsgálva ugyanakkor az látható, hogy a férfiak depressziós gyakorisága nagyobb egyes más vizsgálatokban kapott értékeknél. A 2:1 arányt tükröző szignifikáns nemi különbségek voltak kimutathatóak ugyanakkor a vitális kimerültségben (OR: 2.2), szorongásosságban (OR:1.4) és a depressziós tünetekkel való orvoshoz fordulásban (OR: 2.2). A diszfunkcionális attitűdök és a megküzdési stratégiák a vártnál jóval kisebb összefüggést mutattak a depressziós tünetekkel, és ezekben lényeges nemi különbségeket sem találtunk.

A kardiovaszkuláris morbiditás esetében azt találtuk, hogy mind a vitális kimerültség (férfi/nő OR: 2.7/2.0), mint a depressziós tünetegyüttes (férfi/nő OR: 1,9) fontos, a hipertóniához hasonló erősségű (férfi/nő OR: 2.6/2.4) összefüggést hordoz. A kapcsolatok erősségében a nemi különbségek nem voltak szignifikánsak.

Következtetések: Az észlelt alacsonyabb nemi különbségek háttérben a férfiak magasabb depressziós prevalenciája, a Beck Kérdőív alacsony specificitása is részt vehet, ugyanakkor a mindennapi gyakorlatban tapasztalt magasabb különbségek egyik oka lehet az orvoshoz fordulásban észlelhető női dominancia. A vitális kimerültség és a depressziós tünetegyüttes gyakori, és a hipertóniához hasonló erősségű összefüggést mutat kardiovaszkuláris betegségekkel.

Summary

Objectives:

The aims of the recent study were the investigation of the following questions:

- Does the elevation in the frequency of depression continue?
- What psychological background factors are related to low socio-economic state concerning to depression and cardiovascular morbidity?
- What psychological background factors contribute in the lower gender ratio observed in depression in subsequent Hungarian community surveys?
- The effect sizes of psychological risk factors are comparable to the traditional risk factors in the case of cardiovascular disorder?

Vital exhaustion (VE), dysfunctional attitudes, coping strategies, anxiety and Type D Personality (TD) were investigated as psychological background factors.

Sample: 12653 persons were investigated represented the Hungarian adult population concerning to age, gender and settlement.

Measurements: Type D Scale, shortened Beck Depression Inventory (BDI), shortened Vital Exhaustion Questionnaire and items measuring dysfunctional attitudes, coping strategies, anxiety and socio-economic state (SES) were filled out. History and treatment of cardiovascular disorders, hypertension, diabetes and depression were also detected.

Result: The prevalence of subthreshold and clinical depression were 15.3% and 13.5% indicating the stop in the increase of depressive symptomatology. SES, VE, TD and anxiety demonstrate important relationships with depression. Women have significantly higher risk for depression (OR 1.3), but the gender ratio were much lower than the expected 2:1. The separate examination of women and men demonstrates higher prevalence of males compared to other studies. Approximately 2:1 gender ratio was detected in the case of VE (OR:2.2), anxiety (OR:1.4) and in the utilisation of the treatment due to depression (OR:2.2). Dysfunctional attitudes and coping demonstrate lower risk and gender differences than expected.

Both VE and depression show significant relationship with cardiovascular disorders (OR: 2.7/2.0 me/wo and 1.9) and the strength of relationship is not differ significantly to

the relationship between hypertension and cardiovascular disorders (OR:2.6/2.4 me/wo).

Conclusions: The lower gender ratio is possibly affected by the higher depression frequency of men, the lower specificity of the shortened version of BDI and the significantly higher health care utilisation of women. Vital exhaustion and depressive symptomatology demonstrate strong, important relationships with cardiovascular morbidity.