

## *Középkorú és idős nők lelki egészsége*

Kovács Mónika–Jakab Ernő–Kopp Mária

Magyarországon a férfiak születéskor várható átlagos élettartama jóval alacsonyabb a nőkénel: 1999-ben a férfiaknál 66,3 év, nőknél 75,1 év volt. (KSH, 2000) A testi és lelki egészség összefüggéseit, és az egészségmagatartásnak a betegségek kialakulásában és lefolyásában játszott szerepét vizsgáló tanulmányok többségének célcsoportja így elsősorban a középkorú férfi populáció. Ugyanakkor a demográfiai változások velejárája, hogy egyre nő a középkorú, és különösen az időskorú nők rétege, ami újabb kihívást jelent a társadalom számára.

Melyek azok a sajátos biológiai, pszichológiai és szociális tényezők, amelyek kiemelendők a közép- és időskorú nők lelki egészsége szempontjából? A középkorú nőknél ezek a tényezők a klimaktériummal járó hormonális változások, a női- és anyaszerepben beálló változások (a gyermekek felnőnek, a médiák a fiatalság, a tökéletes alak ideálját hangsúlyozzák, a férfiak „középkori krízise”). Bár a kor előrehaladtával a hormonális változások lecsengenek, ekkor előtérbe kerül, hogy a megözvegyülés vagy válás miatt egyre több az egyedülálló nő, akiknek a helyzete a nyugdíjazást követően mind lelki, mind anyagi szempontból igen nehéz.

Jelen tanulmány a középkorú (40–59 éves) és időskorú nők (60 év feletti) lelki egészségi mutatóit, és ezek szocio-demográfiai és pszichoszociális háttértényezőit vizsgálja, különös hangsúlyt fektetve arra, hogy ezekben a mutatókban és háttértényezőkben milyen különbségek mutatkoznak a fiatalabb korú nőkkel (40 év alatti), illetve a hasonló korcsoportú férfiakkal összehasonlítva.

### **Középkorú és idős nők lelki egészség-mutatói**

A legfontosabb és egyben leggyakoribb pszichés tünet, illetve betegség, mely befolyásolja a lelki és testi egészséget, a betegségek kialakulását, és lefolyását, illetve a pszichoszociális funkcionálást (pl. munkaképesség) és életminőséget, a depresszió és szorongás. A magyar lakosságban előforduló depressziós és szorongásos tünetek előfordulását és háttértényezőit 1988-ban (N=20 902) és 1995-ben

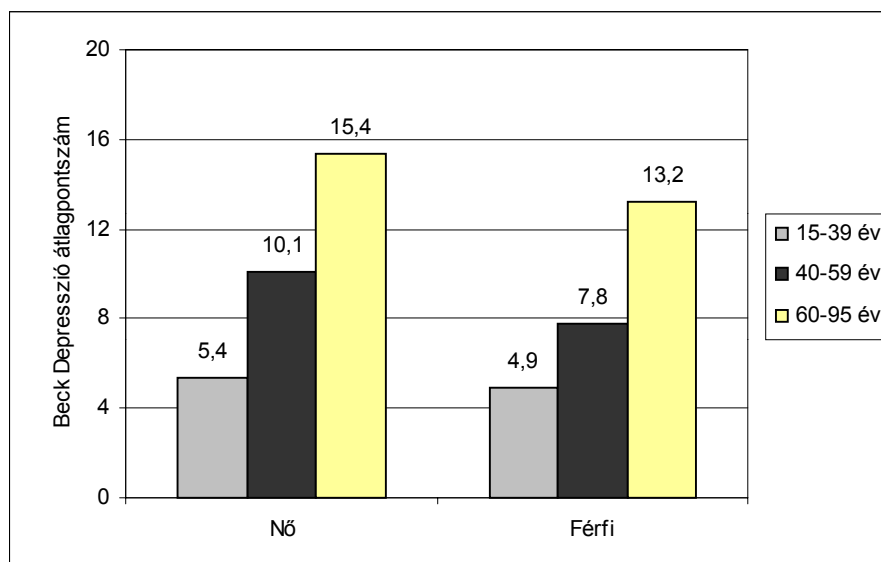
(N=12 640) a 16 év feletti lakosságra reprezentatív országos populációs mintában (Kopp és munkatársai), illetve 1995-ben háziorvosi mintában (N=2953, 16–65 év) (Szádóczy és munkatársai) vizsgálták. Az előbbi két vizsgálat a szocio-demográfiai és társadalmi-gazdasági jellemzőket vizsgáló kérdéseket és standardizált pszichológiai kérdőíveket (pl. Rövidített Beck Depresszió Skála, Juhász Neurózis Kérdőív, Ellenségesség Kérdőív, Diszfunkcionális Attitűd Skála, Konfliktusmegoldó Kérdőív, Szociális Támogatás Kérdőív, Életcél Kérdőív stb.)<sup>1</sup> tartalmazó strukturált kérdőívcsomag, utóbbi pedig pszichiátriai diagnosztikai kategóriákon alapuló strukturált diagnosztikai interjú [Diagnostic Interview Schedule] segítségével történt.

Az 1988-as és 1995-ös országos reprezentatív egészségfelmérés alapján a *depresszív tünetegyüttes* előfordulási aránya növekvő tendenciát mutatott: a Beck Depresszió Skála (továbbiakban BDI) átlagpontszáma férfiaknál 1988-ban 10,14, 1995-ben 13,19, illetve nőknél 1988-ban 12,97, 1995-ben 15,41 volt. Az 1995-ös felmérés adatai a következőket mutatták. A depresszió-átlagpontszám szignifikánsan nőtt az életkorral, és minden korosztályban szignifikánsan magasabb volt a nőknél, mint a férfiaknál. (*I. ábra*) Ugyanakkor ez a nő-férfi különbség a 40 év felettiéknél kifejezettebbé vált. A 40 évesnél fiatalabb korosztályban a nők 18,5%-a, illetve a férfiak 16,2%-a ért el határérték feletti depresszió-pontszámot ( $BDI \geq 10$ ) (esélyhányados: 1,1), a 40 éves vagy annál idősebbeknél ez az arány nőknél 47,9%, illetve férfiaknál 37,1% volt (esélyhányados: 1,6). A depressziós tünetegyüttes súlyossági kategóriáit, illetve a határérték feletti pontszámot elért személyek arányát nemenkénti és korcsoportokkénti felosztásban az *I. táblázat* mutatja. A 40 év feletti nők esetében négyszer nagyobb a rizikója a határérték feletti depresszió-pontszámnak, mint a 40 év alattiak esetében (47,9% ill. 18,5%). A közép- és időskorú nőknél már a depresszió-átlagpontszám is határérték felett van!

---

<sup>1</sup> Az 1988-as és 1995-ös országos reprezentatív felmérés részletes módszertanát a Szerepváltozások 1999-es kötetében megjelent tanulmány tartalmazza. (Kopp–Csoboth–Purebl, 1999)

Beck Depresszió Skála átlagpontszámok korcsoportok és nemek szerint



1. táblázat

Beck Depresszió Skála súlyossági csoportok nemek és korcsoportok szerint (%)

Életkor	BDI											
	Normális (0-9)		Enyhe (10-18)		Közepes (19-25)		Súlyos (26≤)		Depresziós (10≤)		Depresziós (19≤)	
	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi
15-40 év	81,5	83,8	13,0	9,9	3,4	3,6	2,1	2,6	18,5	16,2	5,5	6,2
40-59 év	59,6	71,7	23,5	16,3	7,3	5,5	9,7	6,6	40,4	28,3	17,0	12,1
60-95 év	38,5	46,7	26,7	25,8	15,4	12,1	19,4	15,5	61,5	53,3	34,8	27,6

A középkorú és időskorú nők szignifikánsan gyakrabban mondták, hogy *súlyos lehangoltság, szorongás*, illetve a napi tevékenységüket korlátozó *félelmek, fébiák* jellemzőek, illetve teljesen jellemzőek rájuk, mint a 40 év alatti nők, illetve a középkorú és időskorú férfiak. (2. táblázat)

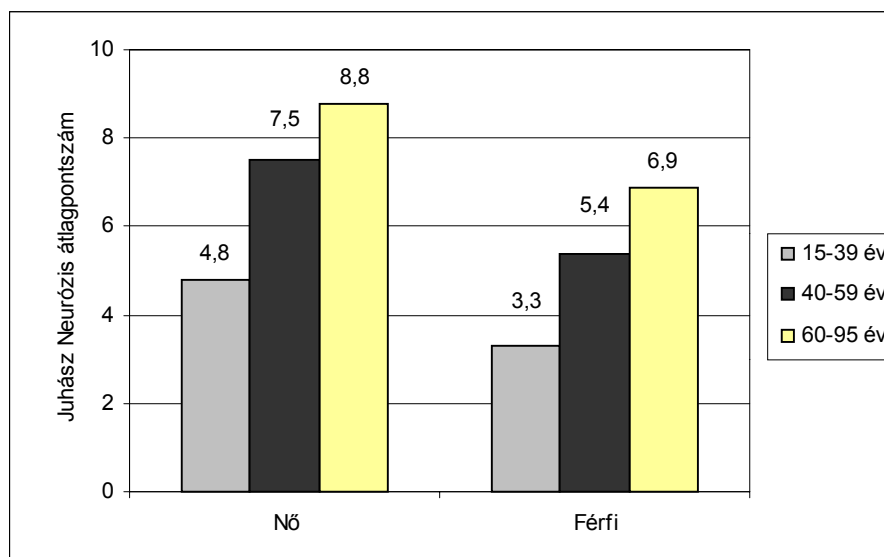
Súlyos lehangoltság, szorongás, illetve napi tevékenységet korlátozó félelmek, fóbiák előfordulása nemek és korcsoportok szerint (%)

Jellemző/teljesen jellemző (%)	15–39 éves		40–59 éves		60–95 éves	
	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi
Lehangoltság, szorongás	7,1	5,2	13,9	7,4	21,4	11,3
Félelmek, fóbiák	2,7	2,0	6,2	2,8	7,8	3,2

Az 1988-as és 1995-ös országos reprezentatív egészségfelmérés a *Juhász Neurózis Kérdőív* segítségével (továbbiakban JNEUR) további érzelmi funkciózavarokról (tartós hangulatzavar, lehangoltság, szorongás), illetve olyan testi és vegetatív tünetekről, melyek háttérében orvosi vizsgálattal testi betegség nem mutatható ki (fejfájás, alvászavarok, szív- és gyomorpanaszok), és amelyekhez gyakran társul munkaképesség csökkenés és türelmetlenség, ad információt. A Beck Depresszió-pontszámokhoz hasonlóan a neurózis-pontszámok is növekednek az életkorral, és magasabbak a nőknél, mint a férfiaknál. 1995-ben a nőknél és a férfiaknál egyaránt lényegesen magasabb neurózis-pontszámokat mértek az 1988-as felméréshez képest (1988-ban a nőknél 7,41, a férfiaknál 5,31, 1995-ben a nőknél 8,50, a férfiaknál 6,87 volt a neurózis-átlagpontszám). Az 1995-ös felmérésben talált neurózis-átlagpontszámokat korcsoportonként és nemeként a 2. ábra mutatja. A „neurotikus”<sup>2</sup> problémák jóval gyakrabban fordulnak elő a közép- és időszerű nőknél, mint a fiatalabbaknál. A 40 év feletti nők több mint a fele (55,7%) ért el határérték feletti pontszámot (JNEUR≥10), a 40 év alattiak valamivel több mint a negyede (27,6%), (esélyhányados: 3,3). A 60 évesnél idősebb nőknél ez az arány pedig már 63%!

<sup>2</sup> A neurózis szót idézőjelben használjuk, mivel a modern pszichiátriai rendszerek a neurózis fogalmát túl általánosító, és gyakran stigmatizáló jelentése miatt csak korlátozottan használják. Helyette a megfelelő depresszív, szorongásos, és szomatiform zavarok kategóriáit alkalmazzák. Ugyanakkor a Juhász Neurózis Kérdőív egyszerű, rövid, és jól használható formában írja le ezeknek a zavaroknak a fő tüneteit, ezért előzetes szűrésre – de nem diagnosztikai céllal – jól használható.

Juhász Neurózis Kérdőív átlagpontszám korcsoportok és nemek szerint



A Beck Depresszió Skála egyes kérdéseit egyenként elemezve a közép- és időskorú nőknél a leggyakoribb, illetve leginkább jellemző (azaz a férfaitól legjobban differenciáló) tünetek a reménytelenségérzés, az alvászavar (korai ébredés), az önvádlás, a fáradtság, illetve testi panaszok miatti túlzott aggodalom. Kiemelendő, hogy a 40–59 éves nők 26%-a, illetve a 60 év felettek 42%-a úgy érzi, hogy a jövője reménytelen, és a helyzete nem fog változni. A Juhász Neurózis Skála a közép- és időskorú nőknél leggyakoribb, és a férfaitól legjobban differenciáló tünetei a testi betegség nélküli munkaképesség-csökkenés (fáradtság, koncentrációzavar, türelmetlenség), a fejfájás, a tartós hangulat-zavar, az alvászavar, és a szorongás. A munkaképesség-csökkenés a 40–59 éves nők 35%-ára, illetve a 60 év felettek 39%-ára, a fejfájás a 40–59 éves nők 34%-ára, illetve a 60 év felettek 38%-ára jellemző.

A *depresszív és szorongásos zavarok* jóval gyakoribb előfordulását nőkben az 1995-ös strukturált pszichiátriai diagnosztikai interjú alapján alapuló vizsgálat is megerősítette. A major depresszív epizód előfordulási gyakorisága (prevalenciája) szintén nőtt az életkorral, és minden korosztályban magasabb volt a nőknél, mint a férfiaknál. A legmagasabb egy éves, illetve egy hónapos prevalenciát (14,3% illetve 4,6%) a 45–55 éves nők körében találták. 55 éves kor felett mindkét nemnél csökkent a major depresszív epizód prevalenciája.

A kérdőíves vizsgálaton illetve a diagnosztikai interjú alapján alapuló eredmények különbségét egyrészt a különböző módszertan, másrészt az időskori depresszió

eltérő tüneti képe is magyarázhatja. Az elsősorban pszichológiai problémák mérésére, illetve állapotkövetésre alkalmas önjellemző depresszió skála több vizsgálat szerint is kb. 2–2,5-szer több személyt diagnosztizál depressziósnak, mint a diagnosztikai kategóriákon alapuló strukturált interjú. A két mérőeszközzel becsült prevalencia-érték a rövidített Beck Depresszió Skála 19 pontos leválasztási kritériumnál közelíti meg a legjobban egymást. (Rózsa–Szádóczy–Füredi, 1995) Egyes vizsgálatok pedig azt mutatják (Gallo, 1994; 1997; 1999), hogy az időskori depresszió gyakran ún. „apátiás” formában jelentkezik, melynél szembevetőbb a kognitív és végrehajtó funkciók károsodása, és kevésbé jár depresszív hangulattal. Ezek az esetek strukturált diagnosztikai módszerekkel, melyekben a vezető kritérium a depresszív hangulat, diagnosztizálhatatlannak maradhatnak.

A strukturált interjú alapján a szorongásos zavarok előfordulásának rizikója több mint 2,5-szer akkora a nők körében, a mint férfiak esetében. A szorongásos zavarok (pl. pánikbetegség, generalizált szorongásos zavar, kivéve a szociális fóbiát) előfordulási gyakorisága szintén nőtt az életkorral, és a legmagasabb prevalenciát a 45–55 éves nők esetében találták. A pánikzavar élettartam-prevalenciája 45–55 éves nőknél 9,3%, 55–64 éves nőknél 7,4%, férfiaknál ezek az értékek 2,9% illetve 0,6%. A generalizált szorongásos zavar élettartam-prevalenciája 45–55 éves nőknél 8,3%, 55–64 éves nőknél 8,2%, férfiaknál ezek az értékek 1,9% illetve 2,5%. Bár a legtöbb szorongásos zavar először 10–20 éves korban kezdődik, az induló életkor görbén az 55 éves kornál egy újabb csúcs található, mely utalhat az erre az életkorra jellemző biopszichoszociális tényezők etiológiai szerepére is (pl. hormonális változások, nyugdíjazás stb.).

### **A középkorú és időskorú nők depressziós és szorongásos tüneteinek pszichoszociális háttértényezői**

Mind az 1988-as, mind az 1995-ös országos reprezentatív egészségfelmérés több olyan pszichoszociális tényezőt tárt fel, amelyek szoros összefüggésben állnak a magas depresszió- és neurózis-pontszámmal. Pszichológiai tényezők az ellenséges beállítottság, az életcélok hiánya, az ún. diszfunkcionális attitűdök, és bizonyos konfliktusmegoldási (megbirkózási) módok. Szociális háttértényezők a családi állapot, végzettség, jövedelem, foglalkozás, a pályaválasztással és továbbtanulással kapcsolatos problémák, a szociális támogatás hiánya. Ezek a tényezők jelentősen különböznek a férfiakban és a nőkben, illetve a különböző korcsoportokban.

Bár az *ellenséges beállítottság* szempontjából egyik korcsoportban sem volt szignifikáns különbség a nők és férfiak között, a közép- és időskorúaknál szignifikánsan magasabb volt az ellenségesség átlagpontszám, mint a 40 év alatti-

aknál (5,60, ill. 4,97). Az ellenségesség szignifikáns pozitív korrelációt mutatott a depresszió- és neurózis-pontszámokkal nőknél és férfiaknál egyaránt.

Az *életcélok* hiánya mind a nők, mind a férfiak esetében egyre jellemzőbbé válik az életkor előrehaladtával. Ugyanakkor, amíg a 40 év alatti korosztályban a nőknél kevésbé gyakori az életcélok hiánya, addig ez az arány a középkorosztályban megfordul, gyakoribb lesz az életcélok hiánya a nőknél, sőt ez a különbség 60 év felett már szignifikánssá is válik. A 40–59 éves nők 15%-ára, a férfiak 12%-ára, a 60 év feletti nők 35%-ára, a férfiak 29%-ára jellemző, illetve teljesen jellemző az életcélok hiánya. Ez az arány 40 év alatt nőknél 6%, férfiaknál 7%.

Az ember és környezete közötti egyensúlyt célravezető, adaptív attitűdök alkalmazásával lehet fenntartani. Bizonyos attitűdök, ha túlzott mértékben jellemzőek a személyre, károsak, mert a személy nem képes megfelelni a saját maga vagy környezete felé támasztott fokozott elvárásoknak. A ún. *Diszfunkcionális Attitűd Skála* (Beck, 1979; Burns, 1980) hét ilyen értékrendet vizsgál: külső elismerésigény, szeretettségigény, teljesítményigény, perfekcionizmus, jogos elvárások a környezettel szemben, omnipotenciaigény (mindenért felelősnek érzi magát), és külső kontroll attitűd. (Kopp–Skrabski, 1995) A magas diszfunkcionális attitűdértékekkel jellemezhető személyek fokozottan veszélyeztetettek a depresszió kialakulására. Azok arányát az 1995-ös országos reprezentatív populációban, akikre teljesen jellemzőek ezek az attitűdök nőknél és férfiaknál, illetve a vizsgált korcsoportokban a 3. táblázat mutatja. A teljesítményigény kivételével mindegyik diszfunkcionális attitűd jellemzőbb a nőkre, és 40 éves kor felett gyakoribbá válnak. A legkifejezettebb a nő-férfi különbség a perfekcionizmus és az omnipotencia esetében. A középkorú nők esetében kiemelendő a perfekcionizmus férfiakhoz és a többi korosztályhoz képest kiugró értéke (35%), az időskorú nők esetében pedig a külső elismerésigény (16%), a szeretettségigény (14%), és különösen a jogos elvárások igénye (41%).

3. táblázat

Diszfunkcionális attitűdök

Teljesen jellemző (%)	15–39 éves		40–59 éves		60–95 éves	
	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi
Külső elismerésigény	8,7	8,1	10,0	10,5	16,1	10,5
Szeretettségigény	7,1	5,9	8,8	8,5	14,1	9,1
Teljesítményigény	9,1	12,7	11,6	17,1	12,4	11,8
Perfekcionizmus	29,2	20,3	34,9	25,0	31,6	24,0
Jogos elvárások	31,6	30,3	33,6	28,7	40,8	36,8
Omnipotencia	38,4	26,5	36,1	26,4	39,6	35,2
Külső kontroll	46,5	42,5	47,1	43,2	47,6	42,8

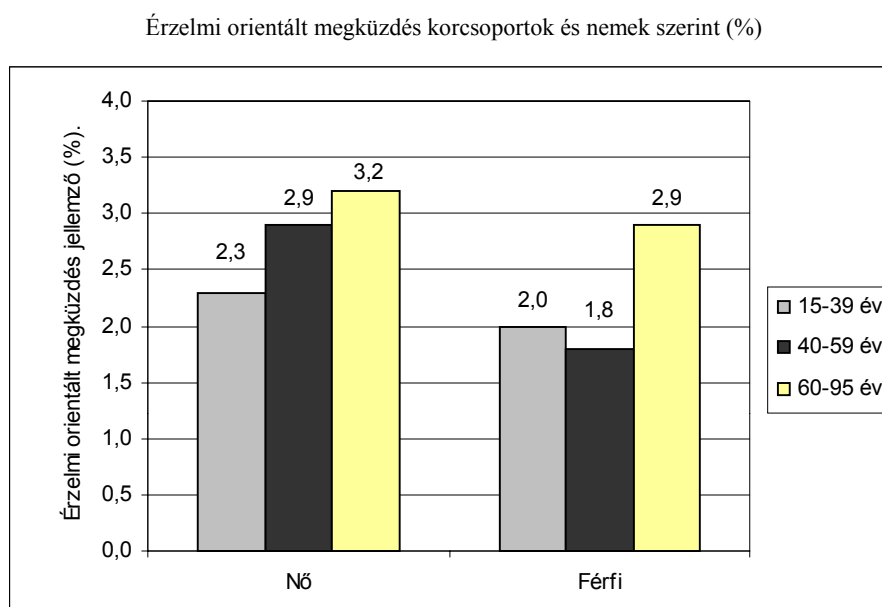
A lelki egyensúlyzavarok – különösen a depresszió – szempontjából nemcsak a saját magunkkal és környezetünkkel szemben támasztott elvárások, de az is lényeges tényező, hogy mennyire vagyunk elégedettek saját magunkkal, például a saját testünkkel. A *testképpel* való elégedettség vagy elégedetlenség különösen a nők esetében központi kérdés. (Nem véletlen, hogy az étkezési zavarok, mint az anorexia vagy bulimia, melynek fontos részjelensége a testkép zavara, jóval gyakoribb a nőknél, mint a férfiaknál). Az 1995-ös felmérés adatai szerint a középkorú nőkre jellemző a legkevésbé, hogy megfelelőnek tartják a testsúlyukat. A 40 év alatti nők 49%-a, a 40–59 évesek 37%-a, a 60 év feletti-ek 38%-a tartja a testsúlyát megfelelőnek, ugyanakkor a 40 év alatti nők 7%-a, a 40–59 évesek 15%-a, a 60 év feletti-ek 12%-a tartja magát nagyon túlsúlyosnak. Ezek a tendenciák a férfiaknál is hasonlóak, de közöttük minden korosztályban jóval többen elégedettek a súlyukkal, és kevesebben tartják magukat túlsúlyosnak. Mind a depresszió-, mind a neurózis-pontszámok a legmagasabbak a nagyon túlsúlyos, illetve a nagyon sovány kategóriában voltak. Ugyanakkor a testtömeg-index, mely a valódi testalkatról, illetve soványságról vagy túlsúlyosságról ad képet, lényegesen különbözik az észlelt soványságtól vagy túlsúlyosságtól. A testtömeg-index alapján normál kategóriába tartozik a 40 év alatti nők 91%-a, a 40–59 évesek 75%-a, a 60 év feletti-ek 62%-a, ugyanakkor a közepes vagy súlyos elhízás a 40 év alatti nők 3%-ára, a 40–59 évesek 13%-ára, a 60 év feletti-ek 18%-ára jellemző. A férfiaknál pedig – a 60 év feletti korosztály kivételével – kevesebb személynek normális a testtömeg-indexe, és többen áll fenn közepes vagy súlyos elhízás, mint a nőknél. Úgy tűnik, hogy a nők túlbecsülik, a férfiak pedig alulbecsülik elhízásuk mértékét. Bár a depresszió és „neurózis” a testtömeg-index-szel is szoros összefüggést mutat, azok között a nők között, akik a testtömeg-index alapján normális kategóriába tartoznak, jóval több olyan személy ért el határérték feletti depresszió- és neurózis-pontszámot, aki túlsúlyosnak érzi magát ( $BDI \geq 10$ : 42%, illetve  $JNEUR \geq 7$ : 48%), mint olyan személy, aki megfelelőnek érzi a testsúlyát (26%, illetve 35%).

Az 1995-ös országos felmérés alapján a *megküzdő magatartásformák* elemzése azt mutatta, hogy azoknál a személyeknél, akikre jellemző az érzelmi orientált megküzdés, és azt nem tudták pozitív akcióban sikeresen levezetni, a depresszió-pontszámok szignifikánsan magasabbak, mint akikre ez nem jellemző. Ilyen érzelmi indíttatású magatartás, pl. ha valaki nehéz élethelyzetekben másokon vezet le a feszültségét; vagy evéssel, ivással, dohányzással vezet le a feszültségét; nyugtatók, gyógyszerek szedésével próbálkozik; vagy egy lapra tesz fel mindent, vagy valamilyen kockázatos dologba kezd. (Módosított Lazarus-Folkman-féle Konfliktusmegoldó Kérdőív, Kopp–Skrabski, 1995) A nőknél a kor előrehaladtával az érzelmi orientált megküzdés növekvő tendenciát mutat. A férfiakra viszont ez a tendencia nem jellemző, de az idősebb korosztálynál itt is magasabb értékek észlelhetők. A nőkre mindhárom korcsoport-



ban jellemzőbb az érzelmi orientált megküzdés, a különbség különösen a középkorúaknál látványos. (3. ábra)

3. ábra



Kiemelendő, hogy a középkorú és időskorú nőknél is 20% az aránya azoknak, akik nehéz élethelyzetekben nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoznak. Ez az arány a 40 év alatti nőknél 11%, férfiaknál pedig 40 éves kor alatt 7%, a 40–59 éves korcsoportban 12%, 60 év felett pedig 10%. Bár az érzelmi megküzdés összességében jellemzőbb a nőkre, a nehéz élethelyzetben az a nem adaptív érzelmi indítatású megküzdő stratégia, hogy „evéssel ivással, dohányzással vezettem le a feszültségemet”, a férfiak minden korcsoportjára jellemzőbb, a nőkhöz képest.

A *családi állapot* szerint lényeges különbségek vannak a Beck Depresszió-pontszámokban. Kiugróan magas depresszió-átlagpontszámot találtak az *özvegy* nők és férfiak között (16,3, illetve 16,2), ezután az *elvált, külön él* csoport következett (nők 11,5, férfiak 11,1). A nők esetében ezen kívül magas volt a BDI-pontszám a *házas, külön él* (12,0), illetve az *elvált, együtt él* (11,3) csoportban is. Ezekben a csoportokban már a depresszió-átlagpontszám is határérték fölött van! A *házas, külön élő* férfiak, illetve az *elvált, de volt feleségével együtt élő* férfiak kevésbé depressziósok (BDI-átlag 8,9 illetve 9,7). Hasonló tendencia figyelhető meg a neurózis-pontszámok esetében: a legmagasabb a neurózis-átlagpontszám az *özvegyek* esetében, ezután következik az *elvált*

együtt él, majd a házas külön él, illetve az elvált külön él csoport. Neurózis esetében azonban a férfiaknál minden családi állapot esetében jóval alacsonyabbak a pontszámok, mint a nőknél. Kiemelendő ugyanakkor, hogy a nők között szignifikánsan magasabb az özvegyek, illetve elváltak aránya, és ez a különbség 40 éves kor felett különösen jellemzővé válik. Ezért a depresszió és a „neurózis” szempontjából az özvegy, illetve az elvált nők különösen nagy számú csoportot alkotnak. A 40 év feletti özvegy nők 65%-a, az elváltak 51%-a ért el határérték feletti BDI-pontszámot. A 40 év feletti, özvegy nők 65%-a, az elváltak 59%-a szenved enyhe vagy súlyos „neurotikus” tünetektől.

Nőknél és férfiaknál is minden korosztályban negatív korreláció figyelhető meg az *iskolai végzettség* és a depresszió-, illetve neurózis-pontszámok között. Azaz az alacsonyabb végzettség szignifikánsan magasabb depresszió- illetve neurózis-pontszámokkal jár együtt. Ugyanakkor, amíg 40 év alatt nincs lényeges különbség az iskolai végzettség szempontjából nők és férfiak között, addig 40 év felett a nők között szignifikánsan nagyobb a 8 osztályt vagy ennél kevesebbet végzettek aránya, és kisebb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya, mint a férfiak között. Ez a különbség 60 év felett még jellemzőbbé válik. A depresszív és „neurotikus” tünetek szempontjából veszélyeztető tényezőnek bizonyult az is, hogyha valaki *félbeszakította tanulmányait, vagy nem tudott továbbtanulni*, bár szeretett volna, illetve ha *nem azt a pályát választotta, amihez kedve volt*. Ezek a tényezők magasabb ellenségesség pontszámmal is jártak. Szignifikánsan több nőre jellemző, mint férfira, hogy félbeszakította tanulmányait, hogy nem tudott továbbtanulni, bár szeretett volna, illetve hogy nem azt a pályát választotta, amihez kedve volt. Ez a különbség a 40 év feletti korosztályra még jellemzőbb. A 40 év feletti nőknél 1,5-szer akkora a rizikója annak, hogy félbeszakította a tanulmányait, mint a 40 év feletti férfiaknál. Ez a rizikó a továbbtanulási lehetőség hiánya esetében 1,7, a nem megfelelő pályaválasztás esetében pedig 1,9.

A *jövedelem* a nőknél és a férfiaknál is negatív korrelációt mutat a depresszió-pontszámokkal, illetve a nőknél a neurózis-pontszámokkal is. A nők jövedelme minden korcsoportban szignifikánsan alacsonyabb a férfiakénál. Szignifikánsan magasabb a depresszió-pontszámuk azoknak, akik arról számolnak be, hogy olyan kevés a jövedelmük, hogy az élethez alapvetően szükséges cikkeket sem tudják megvásárolni. Ez a probléma minden korosztályban gyakoribb a nőknél, mint a férfiaknál, és a különbség a középkorúaknál, és különösen az időskorúaknál még kifejezettebben érvényes. A 40–59 éves nők 23%-a, a 60 év felettieknek pedig 34%-a számol be ilyen kevés jövedelemről. Ez az arány 40–59 éves férfiaknál 18%, illetve 60 év felettiéknél 26%.

A *foglalkozási viszony* szempontjából a legmagasabb depresszió-pontszám a rokkant-nyugdíjasok, a nyugdíjasok, a munkanélküliek, a háztartásbeliek, illetve az eltartottak csoportjában figyelhető meg. A legmagasabb neurózis-pontszám pedig sorban a rokkant-nyugdíjasokra, a nyugdíjasokra, a háztartás-

beliekre, illetve a munkanélküliekre jellemző. A nyugdíjasok, háztartásbeliek és eltartottak aránya magasabb a nők körében, a rokkantnyugdíjasok, illetve munkanélküliek aránya pedig a férfiaknál. A depresszió és neurózis szempontjából leginkább kiemelendő réteg a nyugdíjasok rétege, hiszen ők a lakosság több mint 18%-át teszik ki. A nyugdíjas nők 58%-a ért el határérték feletti depresszió-pontszámot, és 30%-uk esetében valószínűsíthető klinikai szintű – tehát kezelést igénylő – depresszív tünetegyüttes! Úgy tűnik, hogy a munkavégzés szempontjából inaktív rétegek (pl. nyugdíjas, munkanélküli, vagy eltartott) fokozottan veszélyeztetettek a depresszió és a „neurózis” szempontjából.

Az 1995-ös strukturált interjú alapuló vizsgálat – az országos reprezentatív felméréshez hasonlóan – azt találta, hogy a depresszív és szorongásos zavarok gyakoribbak az elváltak, különélők, illetve a munkanélküliek között.

A *szociális támogatás* mértéke (Caldwell, 1987) szociális támogatás kérdőíve alapján), azaz, hogy nehéz élethelyzetben a személy kinek (szülő, gyermek, házastárs, élettárs, rokon, barát, szomszéd, munkatárs, iskolatárs, egyházi csoport, egyesület, polgári csoport, segítő foglalkozású), és milyen mértékben (semmit, keveset, átlagosan, nagyon) számíthat a segítségére, szignifikáns negatív korrelációt mutatott a depresszió- és neurózis-pontszámokkal. A kisebb mértékű szociális támogatás magasabb depresszió- és neurózis-pontszámmal járt nőknél és férfiaknál egyaránt. Ugyanakkor, amíg a 40 év alatti korosztályban a férfiak érzik úgy, hogy nehéz élethelyzetben nagyobb mértékű segítségre számíthatnak, addig mind a középkorúaknál, mind az időskorúaknál a nők szignifikánsan kevesebb segítségre számíthatnak. A középkorú nőknél szignifikánsan kisebb a szociális támogatás mértéke, mint a 40 év alattiaknál, és különösen alacsony ez az érték az időskorú nőknél. Az időskorú nők 87%-a érzi úgy, hogy nehéz élethelyzetben kevés segítségre számíthat!

### **A középkorú és időskorú nők depressziós és szorongásos tüneteinek pszichoszociális következményei**

Számos vizsgálat utal arra, hogy bizonyos pszichológiai tényezők – elsősorban a depresszió és a szorongás – kedvezőtlenül hatnak a testi betegségek kialakulására, tüneti képére és lefolyására. A depresszió és szorongás egyrészt közvetlenül is negatív hatást gyakorolhat a betegségek háttérében álló patofiziológiai folyamatokra, másrészt azt is kimutatták, hogy a depressziós személyek súlyosabbnak élik meg tüneteiket, rosszabbnak ítélik egészségi állapotukat. A betegségekkel kapcsolatos pszichoszociális funkciókárosodás (pl. munkaképesség-csökkenés), és életminőség szempontjából ez utóbbi tényező is igen fontos.

Az 1995-ös felmérésből három a depresszív és „neurotikus” tünetekkel szoros összefüggést mutató tényezőt emelnénk ki. Ezek a munkaképesség-

csökkenés, a vitális kimerültség, illetve az egészségi állapot és a következményes teljesítménycsökkenés önbecslése.

A *munkaképesség-csökkenés* mértékét 28 különböző szellemi, érzékszervi, mozgásszervi korlátozottság, illetve fontosabb testi tünet alapján mérték fel egy 4-fokú skálán (nem jellemző–alig jellemző–jellemző–teljesen jellemző). (Munkaképesség-csökkenési Kérdőív, Martin–Bone–Meltzer, 1987; Skrabski, 1991) A 28 kérdésre adott válaszok pontszámainak összege alapján számolták az ún. munkaképesség-csökkenési indexet. A munkaképesség-csökkenés mértéke nőknél és férfiaknál is pozitív korrelációt mutatott a depresszió- és neurózis-pontszámokkal. A munkaképesség-csökkenés mértéke nőtt az életkorral, és minden korcsoportban szignifikánsan nagyobb volt a nőknél, mint a férfiaknál.

A *vitális kimerültség* a depresszióval szoros kapcsolatban álló, de önálló tünetegyüttes, melynél a hangsúly a fáradtságon, energiahányon, és az ezzel kapcsolatos alvászavaron, ingerlékenységen, kedvetlenségen van, nem pedig a hangulatzavaron. (Kopp–Falger–Appels–Szedmák, 1998) A vitális kimerültség pozitív korrelációt mutatott mind a depresszió-, mind a neurózis-pontszámokkal nőknél és férfiaknál egyaránt. A munkaképesség-csökkenéshez hasonlóan a vitális kimerültség mértéke is nőtt az életkorral, és minden korcsoportban szignifikánsan nagyobb volt a nőknél, mint a férfiaknál.

Az *egészségi állapot és munkaképesség önbecslése* szintén szoros összefüggést mutatott a depresszió- és neurózis-pontszámokkal. A magasabb depresszió- és neurózis-pontszámot elért személyek szignifikánsan rosszabbnak ítélték meg az egészségi állapotukat, és nagyobb fokú munkaképesség-csökkenésről számoltak be, mint alacsonyabb pontszámok esetén. A 40 év feletti szignifikánsan rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat, mint a 40 év alattiak, illetve a 60 év feletti szignifikánsan rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat, mint a 60 év alattiak. Ugyanakkor a nők mindhárom korcsoportban szignifikánsan rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat a férfiakhoz képest. A 60 év feletti nők 34%-a számolt be súlyos teljesítménycsökkenésről, mely egyes esetekben eléri a munkaképtelenség, a székhez vagy ágyhoz kötöttség szintjét. Ez az arány a 60 év feletti férfiaknál 27%.

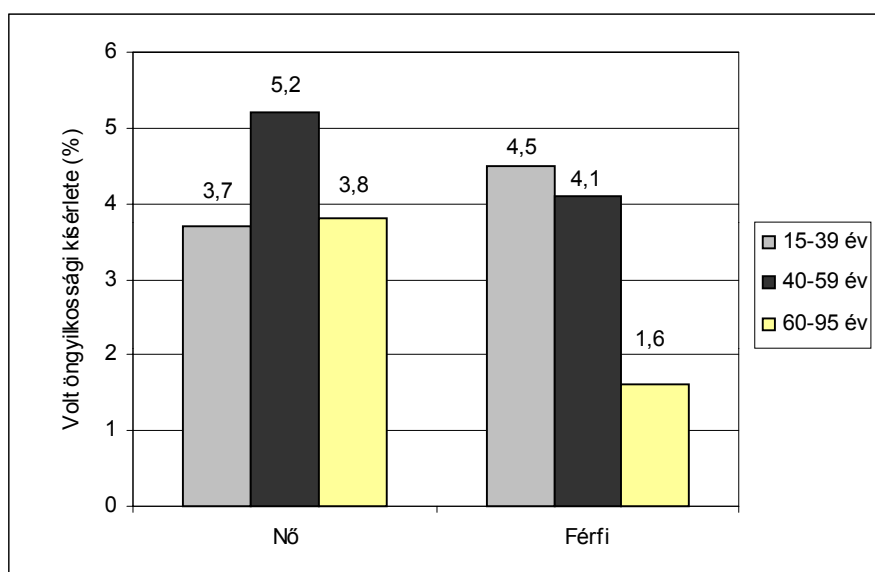
Keresztszeti vizsgálat alapján az oksági viszonyokra – azaz, hogy a krónikus testi betegségek fokozzák-e a depresszióra való hajlamot vagy fordítva, a depresszió hat-e kedvezőtlenül a testi betegségre – nem adhatunk választ. Valószínűsíthető azonban, hogy a negatív hatás kölcsönös: a depresszió fokozza a testi betegségre való hajlamot, vagy kedvezőtlenül befolyásolja a már meglévő betegség tüneteit, lefolyását, a krónikus testi betegség pedig negatívan hat vissza a depressziós tünetekre. A depresszió és szorongás felismerése és kezelése tehát megszakíthatja ezt az önrontó kört.

A depresszió, illetve súlyos szorongás nemcsak teljesítmény-, és életminőség-romlással jár együtt, de egyik legfontosabb következménye *az öngyilkosság szándék vagy kísérlet* lehet. Az öngyilkosságok számát tekintve Magyaror-

szág világviszonylatban is igen rossz helyen áll, és egyik jellemzője, hogy sokan követnek el öngyilkosságot idős korban. Az 1995-ös eredmények azt mutatták, hogy az öngyilkossági gondolatok jellemzőbbek a fiatalabb korosztályra. Ugyanakkor, amíg 40 éves kor alatt nincs lényeges különbség nők és férfiak között, addig a 40–59 éves korosztályban már több nőt foglalkoztatnak öngyilkossági gondolatok, mint férfít, és ez a különbség 60 éves kor felett már szignifikánssá is válik. Másrészt az öngyilkossági kísérletek szempontjából legveszélyeztetettebb korosztály a középkorú nők csoportja. Ugyanakkor 60 év felett több mint kétszer annyi nőnek volt legalább egy öngyilkossági kísérlete, mint férfinak. (4. ábra) Nem meglepő módon a depresszió-pontszámok szignifikánsan magasabbak voltak azoknál, akiknél előfordultak öngyilkossági gondolatok, illetve öngyilkossági kísérlet.

4. ábra

Öngyilkossági kísérletet elkövetők aránya nőknél és férfiaknál korcsoportonként (%)



Az 1995-ös felmérés alapján az öngyilkosságra fokozott rizikót jelentő pszichoszociális tényezők közül kiemelendő a depresszió, a családi minta, a maladaptív konfliktusmegoldási módszerek, illetve a munkanélküliség, az alacsonyabb iskolai végzettség, az elvált/különélő családi állapot.

Az 1995-ös strukturált interjú alapján a vizsgálat is megerősítette, hogy a nőknél mind az öngyilkossági gondolatok (gondolatok a halálról, halálvágy, öngyilkossági fantáziák), mind az öngyilkossági kísérletek gyakoribbak, mint férfiaknál, illetve hogy gyakoribb az öngyilkossági kísérletet az elváltak/külön-

élők, illetve az özvegyek között. A korcsoportok szerint lényeges különbséget találtak nők és férfiak között az öngyilkossági kísérletek arányában. Ez nőknél egy első, 25–34 éves korban észlelt csúcs (4,4%) után csökkent, majd a 45–55 éves korcsoportban újra emelkedett (4,0%), és a legmagasabb az 55–64 éves korcsoportban volt (4,9%). Férfiaknál a fiatalabb korcsoportban volt a leggyakoribb az öngyilkossági kísérletet elkövetők aránya (18–24 éveseknél 3,7%, 25–34 éveseknél 4,4%), majd az életkor előrehaladásával csökkent. Az öngyilkossági gondolatok és kísérletek gyakorisága, valamint a fennálló pszichiátriai zavarok között szoros összefüggést találtak. Legalább egy szorongásos vagy hangulatzavar előfordulása esetén az élet folyamán az öngyilkossági kísérletek aránya megháromszorozódott, két diagnózis esetén pedig a halálvágy aránya tízszeresére, az öngyilkossági kísérleté pedig kilencszeresére nőtt. Az öngyilkossági gondolatok, és kísérletek a leggyakrabban a pánikzavarhoz, a depresszív zavarokhoz (visszatérő depresszió, disztímia, bipoláris zavar) társultak. Szorongásos zavar diagnózisa esetén az öngyilkossági kísérletek gyakorisága háromszorosára, szorongás és depresszió együttes fennállása esetén pedig tizenegyszeresére nőttek. Az öngyilkosság szempontjából kiemelendő, hogy nem önmagában a depresszív vagy szorongásos zavar előfordulása, hanem inkább a zavarok krónikus vagy ismétlődő jellege, illetve a többfajta zavar komorbiditása a leginkább veszélyeztető tényező.

Egyéb hazai vizsgálatok is igazolják, hogy a magas öngyilkossági halálozás kapcsolatban van az idős kora, az elmagányosodással, az elvált/különélő családi állapottal. (Cselko–Alpári, 1988) A halállal végződött öngyilkosságok száma nő az életkorral 50 éves korig, majd átmeneti csökkenés után a legmagasabb a 60 éves kor feletti korcsoportban. Aránya minden korcsoportban gyakoribb a férfiak között, kivéve a 60 év feletti korosztályt, amelyben a nők között jóval gyakoribbá válik (nők: 49,6%, férfiak: 29,4%). (KSH, 2000)

### **A középkorú és időskorú nők depressziós és szorongásos tüneteinek jelentősége**

A hazai vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a nők, és különösen a középkorú és időskorú nők lelki egészség-mutatói rosszabbak a férfiakénál. Gyakoribbak közöttük mind a szorongásos és depressziós tünetek, mind a klinikai szintet is elérő szorongásos és depresszív zavarok. Bár a pszichoszociális háttértényezők között többszintű összefüggések állnak fenn, melyek részletes elemzése meghaladja e tanulmány kereteit, úgy tűnik, hogy a legtöbb szocio-demográfiai és pszichoszociális tényező, mely fokozott kockázatot jelent a depresszív és szorongásos zavarok kialakulása szempontjából, gyakoribb a középkorú és időskorú nőknél, mint a fiatalabb korosztályban, illetve a férfiaknál.

Kiemelendő ilyen tényező középkorú nőknél a válás, egyedülélés, az életcélok fokozódó hiánya, az ellenséges beállítódás, a saját testképpel való elégedetlenség, a perfekcionista attitűd, az érzelmi alapú megküzdés. Ebben az életkorban jellemző változás a nők családban betöltött szerepében, hogy a gyermekek felnövekedésével csökken az anyaszerep fontossága. Ilyenkor a kompenzációt a házastárssal/élettárssal való kapcsolat, illetve a munkával kapcsolatos sikerélmények jelenthetik. Gyakori azonban, hogy a családi egyensúlyt a férfiaknál előforduló „középkori krízis” is fenyegeti. Ugyanakkor a munkával való elégedettségre kedvezőtlen hatású lehet egyrészt, hogy a középkorú nők kb. egyharmada arról számol be, hogy nem azt a pályát választotta, amihez kedve lett volna, vagy nem tudott továbbtanulni, vagy félbe kellett szakítania tanulmányait (ami összefügghet a nők alacsonyabb iskolai végzettségével is), másrészt a nőknek a férfiakéhoz képest kisebb a jövedelme. Ebben a korosztályban növekszik a válások aránya, és az emiatti egyedüllét, ugyanakkor csökken a szociális támogatás mértéke. A korral járó testi változások (pl. testsúlynövekedés), az öregedés jelei tovább ronthatják a középkorú nők önmagukkal való elégedetlenségét, amit a médiák által hirdetett fiatal, vékony alkatú nőideál is tovább erősít. További kedvezőtlen tényező az ellenséges beállítottság, melyhez az előbbi tényezők is hozzájárulhatnak, illetve bizonyos nem megfelelő attitűdök (fokozott perfekcionizmus, elvárások önmagával és a környezettel szemben), és konfliktusmegoldó módszerek (pl. érzelmi orientált megküzdés), melyek tovább nehezíthetik a nehéz élethelyzetekkel való megküzdés sikerességét.

Időskorban tovább nehezíti a nők helyzetét, és ronthatja lelki egészségmutatóikat a nyugdíjazás, az inaktivitás, az esetleges megözvegyülés. Mindezek a tényezők az idős nők magárahagyatosságához, kiszolgáltatottságához vezetnek mind lelkileg, mind szociálisan, mind pedig anyagilag. Nő a testi betegségek száma, ugyanakkor az alacsony jövedelem miatt sokan nem jutnak hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz. A nyugdíjasok a legfőbb problémáik között jelölik meg a kereskedelemben és az egészségügyben tapasztalt kiszolgáltatottságot, embertelen bánásmódot, az alacsony, az élethez alapvetően szükséges cikkek megvásárlására sem elegendő jövedelmet, a szórakozás, kikapcsolódás hiányát, és a magányt, egyedüllétet. (Kopp–Skrabski, 1995) A magárahagyatottság, a szociális támogatás és az életcélok hiánya összefügghet az idős nőkre fokozottan jellemző szeretet- és külső elismerésigénnyel. Az idős emberekben fokozódik a megbecsülés és önbecsülés, illetve az önmegvalósítási iránti igény kielégítetlensége, ami tovább fokozza értéktelenség érzésüket. (Fürediné, 1998)

A közép- és időskorú nők lelki egészségzavarainak – szorongásnak, depresszióknak – a felismerése, és kezelése tehát több szempontból is fontos. Egyrészt a lelki zavarok kezelése javítja az életminőséget, a pszichoszociális funkcionálást (pl. munkaképességet). Másrészt kedvező hatással van a testi beteg-

ségek lefolyására is. Ugyanakkor, amíg a pszichoszociális háttértényezők egy része gyakran nem vagy csak nehezen befolyásolható, addig a lelki zavarok kezelése egyrészt a tünetek csökkenésével könnyebben elviselhetővé teszi a problémákat, másrészt bizonyos pszichoterápiás technikák segítenek a problémák hatékonyabb megoldásában (pl. a negatív, nem adaptív attitűdök, viszonyulás átstrukturálásával, adaptív megküzdési módok elsajátításával). Ezeknek a módszereknek az alkalmazása a veszélyeztetett csoportokban már a lelki zavar kialakulása előtt a megelőzésben is fontos szerepe lehet.

## Irodalom

- Cselko L.–Alpári L., 1998: Gondolatok és adatok a magyarországi öngyilkossági cselekményekhez. *Medicus Univ.* november, pp. 83–86.
- Dóra I.–Nagy I.–Polónyi K. (szerk.), 2001: *Nők és férfiak Magyarországon, 2000.* Központi Statisztikai Hivatal, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest.
- Füredi I., 1998: Öregek a mában. *Végeken*, 9:(4), pp. 12–9.
- Gallo, J. J.–Anthony, J. C.–Muthén, B. O., 1994: Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*. 49, pp. 251–264.
- Gallo, J. J.–Rabins, P. V.–Lyketsos, C. G.–Tien, A. Y.–Anthony, J. C., 1997: Depression without sadness: Functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *Journal of the American Geriatrics Society*. 45, pp. 570–578.
- Gallo, J. J.–Rabins, P. V.–Anthony, J. C., 1999: Sadness in older persons: 13-year follow up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*. 29. pp. 341–350.
- Kopp M.–Csoboth Cs.–Purebl Gy., 1999: Fiala női egészségi állapota. In: Pongrácz T.-né–Tóth I. Gy., szerk.: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 1999.* TÁRKI–SZCSM, Budapest. Pp. 239–260.
- Kopp M.–Falger, P. R. J.–Appels, A. D.–Szedmák S., 1998: Depressive symptomatology and vital exhaustion are differently related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosom Med*. 60, pp. 752–758.
- Kopp M.–Skrabski Á., 1995: *Alkalmazott magatartástudomány.* A Hét Szabad Művészet Könyvtára, Corvinus Kiadó, Budapest.
- Kopp M.–Skrabski Á., 1995: *Magyar lelkiállapot.* A Hét Szabad Művészetek Könyvtára, Végeken Kiadó, Budapest.
- Kopp, M.–Skrabski, Á.–Szedmák, S., 1995: Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *J. Psychosom Res*. 39(8), pp. 1019–29.
- Kopp, M.–Skrabski, Á., 1996: *Behavioural Sciences Applied to a Changing Society.* Bibliotheca Septem Artium Liberalium, Budapest.
- Rózsa S.–Szádóczky E.–Füredi J., 2001: A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiat Hung*. 16, pp. 384–402.
- Szádóczky E., 2000: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon.* Print-Tech Kiadó, Budapest.