

# A házastársi stressz, a depressziós tünetek és a cardiovascularis vulnerabilitás összefüggései nőknél

Balog Piroska, Mészáros Eszter

## MARITAL STRESS, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND CARDIOVASCULAR VULNERABILITY IN WOMEN

**BEVEZETÉS** – A házastársi stressz és a depresszió egymástól függetlenül is a szív- és érrendszeri megbetegedések biopszichoszociális rizikófaktorainak bizonyultak, ugyanakkor interakciójuk is növeli a cardiovascularis sérülékenységet. A Stockholmi Női Coronaria Kockázat Vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a házastársi stressz-szint növekedése nem csak a szívbeteg, hanem az egészséges nők körében is – függetlenül az életkortól, iskolai végzettségtől, menopauzális státustól, egészségtelen életmódtól (túl-súlyosság, dohányzás, ülő életmód) és a betegség súlyosságától is – szorosan együtt járt a depresszió növekedésével.

**MÓDSZER** – A Hungarostudy 2002 országos magyar reprezentatív felmérés alapján a házastársi stressz és a depresszió összefüggéseit elemeztük házastársi vagy élettársi kapcsolatban élő, és aktívan dolgozó egészséges és szívbeteg nők körében.

**EREDMÉNYEK** – Úgy az egészséges, mint a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők körében a házastársi stressz növekedése együtt járt a pszichoszociális sérülékenység (depresszió, szorongás, vitális kimerültség, alvászavarok) növekedésével. Hasonlóképpen, a depressziós tünetek számának növekedése is együtt járt a házastársi stressz-szint növekedésével.

**MEGBESZÉLÉS** – A magyar és a svéd nők körében – a szociokulturális gazdasági különbségektől függetlenül – a házastársi stressz és a depresszió összefüggései hasonlóképpen alakulnak. A házastársi stressz és a depresszió közötti kapcsolat, úgy tűnik, kétirányú: a rossz házastársi kapcsolat növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát, ugyanakkor a depresszió hozzájárul a házasság minőségének romlásához. Írásunk végén – hangsúlyozva a cirkuláris oksági viszonyt – bemutatunk egy modellt a házastársi stressz és a depresszió cardiovascularis vulnerabilitást növelő hatásmechanizmusáról.

**INTRODUCTION** – Marital stress and depression have proved to be independent biopsychosocial risk factors for cardiovascular disorders. At the same time their interaction increases cardiovascular vulnerability. The Stockholm Female Coronary Risk Study has shown that marital stress was statistically significantly associated with depressive symptoms, in both groups of healthy women and in patients, even after adjusting for age, educational level, menopausal status, body mass index, cigarette smoking, sedentary lifestyle and the severity of heart failure.

**METHODS** – The aim of this study was to investigate the effect of marital stress on depressive symptoms and psychosocial vulnerability in women with coronary heart disease and in healthy women, cohabiting and currently working. Data were obtained from the Hungarostudy 2002, representing the Hungarian population over the age of 18, according to age, sex and county.

**RESULTS** – The results have shown that an increase in marital stress contributes to an increase in psychosocial vulnerability (depression, anxiety, vital exhaustion, sleep complaints) in healthy women and in women with cardiovascular disorders as well. Higher depression has been related with higher marital stress as well.

**DISCUSSION** – The relation between marital stress and depression seems to be independent from socio-cultural, economical differences: the same results have been found in Hungarian and Swedish women. This relation seems to be bidirectional: a bad marriage increases the prevalence rate of depressive symptoms and depression worsens marital quality. At the end we propose a conceptual framework for how marital stress and depression increases cardiovascular vulnerability in women, emphasizing circular causality.

**házastársi stressz, depressziós tünetek, sérülékenység, cardiovascularis betegségek**

**marital stress, depressive symptoms, vulnerability, cardiovascular disorders**

Balog Piroska (levelező szerző/correspondent), Mészáros Eszter: Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University Institute of Behavioural Sciences, H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Érkezett: 2005. április 19. Elfogadva: 2005. június 21.

A WHO előrejelzései szerint 2020-ra világszerte a cardiovascularis betegségek és a major depresszió lesznek a munkaképesség-csökkenés vezető oki tényezői (1), a leggyakoribb krónikus betegségek. Jóllehet, a középkorúaknál férfiak esetében a coronariabetegség világviszonylatban is kettő-öttször gyakoribb (ez az arány populációnként valamelyest változhat) (2), számos nemzetközi vizsgálat szerint nőknél a depresszió kétszer olyan gyakori, mint férfiaknál (3, 4). A magyar adatok szerint férfiaknál gyakoribb a szívinfarktus, nőknél viszont a magas vérnyomás és az egyéb szív- és érrendszeri betegségek fordulnak elő nagyobb gyakorisággal (5). A cardiovascularis megbetegedések és a depresszió összefüggéseit magyar adatok is igazolják (5–7), elmondható tehát, hogy a cardiovascularis megbetegedések és a depresszió klinikai, gazdasági és népegészségügyi jelentősége erősen növekszik. Kutatásuk és az egyéb pszichoszociális rizikótényezőkkel (például házastársi stressz) kapcsolatos összefüggéseik elemzése – kezelésük, megelőzésük érdekében – igencsak indokolt. Különösen fontosnak tartjuk a nők cardiovascularis vulnerabilitásának kutatását, azért is, mert egyrészt a magyar nők átlagéletkora jóval alacsonyabb, mint a nyugati országokban élőké, másrészt a nők – bár tovább élnek, mint a férfiak – életük során több krónikus betegségben szenvednek, és az, hogy egy időben különböző szerepeknek szeretnének megfelelni (anyaság, feleségszerep, időkök gondozása, munkahelyi szerepvállalás) különösen sérülékennyé teszi őket (8).

Ismert, hogy a házastársi kapcsolattal való elégedetlenség növeli a pszichiátriai betegségek és különösen a depresszió előfordulási gyakoriságát (9–12). A depressziós tünetegyüttes és a klinikai depresszió szoros kapcsolatban áll a házastársi stresszrel (13, 14). Különböző tanulmányok különböző eredményeket

szolgáltatnak e kapcsolat „szorosságára” vonatkozóan: egy tanulmány szerint a házastársi viszálykodás tízszeresére növelte a depressziós tünetegyüttes előfordulásának esélyét (15). Egy másik tanulmány (átfogó epidemiológiai elemzés) szerint úgy a férfiak, mint a nők esetében a boldogtalan házasság (szemben a boldog házassággal) 25-szörös kockázati tényezőnek bizonyult a major depresszióval való megbetegedésre (4).

A kapcsolat, úgy tűnik, kétirányú: a rossz házastársi kapcsolat növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát, ugyanakkor a depresszió hozzájárul a házasság minőségének romlásához (13, 14). A kutatók véleménye eltér a tekintetben, hogy ebben az összefüggésben vannak-e nemi különbségek. Egyes szerzők ugyanis azt állítják, hogy a nők számára a kapcsolatok fontosabbak (16), s a klinikai depresszió kétszer gyakoribb nőknél, mint férfiaknál (4), az tehát nem lehet, hogy a házas-

társi stressz a depresszióval a férfiaknál ugyanolyan szoros kapcsolatban álljon, mint a nőknél (15). Egy utánkövetéses vizsgálatban a házastársi viszony és a depresszió más összefüggést mutatott a nőknél, mint a férfiaknál: a házastársi elégedetlenség irányából mutatott a depresszió irányába, a férfiaknál ezzel szemben inkább a depresszió növelte a házastársi elégedetlenséget (17).

A visszaesés legjobb előrejelzője depressziós egyének között az arra az egyszerű kérdésre adott igenlő válasz volt, hogy „Házastársa gyakran kritizálja Önt?” (18).

A házastársi konfliktusok nemcsak a mentális egészséget rontják, de fiziológiai változásokat is okoznak, a házastársi viszony minőségétől függetlenül is (19–21).

Amikor házastársakat együtt vizsgáltak laboratóriumi körülmények között, úgy tűnt, hogy a házastársi veszekedések nagyobb pszichológiai és fiziológiai hatást gyakoroltak a feleségekre, mint a férjekre: a feleségek cardiovascularis reaktivitása megemelkedett, a férjeké nem változott. Amikor viszont feladathelyzet elé állították őket, akkor a férjek cardiovascularis reaktivitása emelkedett, a feleségeké nem (22–26).

*Carels* és munkatársai házasság és aktívan dolgozó nőket vizsgáltak három, különböző laboratóriumi stressz-szituációban: házastársi konfliktust felelevenítő, munkahelyi konfliktust felelevenítő, valamint matematikai feladat időegységen belül való megoldási stresszhelyzetekben. Azt találták, hogy csak a házastársi konfliktus felelevenítése járt együtt a vérnyomásértékek emelkedésével (27). Egy másik tanulmányból az derül ki, hogy csak otthoni környezetben (és nem munkahelyi környezetben) emelkedett meg a stresszes nők vérnyomásértéke (28).

A Stockholmi Női Coronaria Kockázat Vizsgálat (Stockholm Female Coronary Risk Study) svéd populációs eset-kontroll vizsgálat, amelyben 1991 és 1994 között akut coronariaesemény miatt kórházban kezelt, 65 évnél fiatalabb nőket vizsgáltak. A házastársi vagy élettársi kapcsolatban élő és a vizsgálat időpontjában dolgozó nők eredményei azt mutatták, hogy a kapcsolatban fennálló problémák, a házastársi stressz (az öt-éves utánkövetés alatt) háromszorosára növelte az ismételt szívesemény előfordulásának esélyét, míg a munkahelyi stressz, amelyet a magas munkakövetelmények és az alacsony fokú munkahelyi kontroll érzése együtteseként határoztak meg, nem rontott a prognózison (29). A páciensek mellé egy-egy életkoruk szerint egyeztetett egészséges nőt is bevontak a vizsgálatba, akiknek egyáltalán nem voltak szívpanaszuk, és az elmúlt öt évben nem voltak kórházban. A kontrollszemélyeket összehasonlították egy 2500 fős, hasonló életkorú, random módon kiválasztott populációval, és az iskolai végzettségben, a testtömegindexben, a mozgás gyakoriságában, valamint a dohányzási szokásokban nem találtak különbséget. A 292 páciens 64%-a házas volt vagy együtt élt partnerével, és 70%-uk (n=131) aktívan dolgozott a vizsgálat időpontjában. A 300 egészséges nő 63%-a volt házas (vagy együtt élt partnerével) és 83%-uk dolgozott a vizsgálat időpont-

A rossz házastársi kapcsolat növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát, ugyanakkor a depresszió hozzájárul a házasság minőségének romlásához.

ják, hogy a nők számára a kapcsolatok fontosabbak (16), s a klinikai depresszió kétszer gyakoribb nőknél, mint férfiaknál (4), az tehát nem lehet, hogy a házas-

ában. A házastársi stressz növekedése szorosan együtt járt a depresszió növekedésével, nemcsak a szívbeteg, hanem az egészséges nők körében is, függetlenül az életkortól, az iskolai végzettségtől, menopauzális státustól, egészségtelen életmódtól (túlsúlyosság, dohányzás, ülő életmód), és a betegség súlyosságától is. A munkahelyi stressz nem állt független kapcsolatban a depressziós tünetegyüttessel (30). Ugyanakkor a magas házastársi stressz-szint és a társas támogatottság összefüggéseit elemezve, az is kiderült, hogy a munkahelyi stresszre való kontrollálás után is, a magas házastársi stressz-szint alacsonyabb társadalmi integrációval, alacsonyabb szintű tanácsadói támogatottsággal, valakihez tartozással, kézzelfogható támogatottsággal járt együtt. A munkahelyi stressz sem önmagában, sem a házastársi stresszrel való interakcióban nem hatott szignifikáns mértékben a társas kapcsolatokra. Vagyis, a problémás házasság nemcsak önmagában volt stresszforrás, hanem ugyanakkor limitálta a nők más kapcsolatokból származó támogatás keresési lehetőségeit (31). A Stockholmi Női Coronaria Kockázat Vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a házastársi vagy élettársi kapcsolatban élő és a vizsgálat időpontjában aktívan dolgozó, egészséges és szívbeteg nők érzékenyebbek voltak a házastársi, mint a munkahelyi stresszre.

Nemcsak a házastársi stresszről, hanem a depresszióról is elmondható, hogy módosítja a cardiovascularis, az immun- és endokrin funkciókat, ezáltal növelve az egészségi állapot fenyegetettségét (32). Több tanulmány igazolta a depresszió szerepét a coronaria patológiájában, és e patológikus hatás, a tanulmányok szerzői szerint, különböző utakon valósulhat meg (5–7, 32–40).

A házastársi stressz és a depresszió tehát egymástól függetlenül is a szív- és érrendszeri megbetegedések biopszichoszociális mediátorainak bizonyultak, ugyanakkor interakciójuk is növeli a cardiovascularis sérülékenységet. A depresszió csakúgy, mint a házastársi stressz, rontja a szívbeteg felépülési outputjait, növelve az ismételt szívesemények előfordulási gyakoriságát.

Figyelembe véve, hogy a depresszió és a házastársi stressz egyaránt a gyógyszerrel, pszichoterápiával, családterápiával módosítható pszichológiai változók közé tartoznak, és a magyar nyelvű szakirodalomban nem találtunk hasonló kutatásokkal, a cardiovascularis megbetegedések megelőzése és rehabilitációja érdekében a magyar populációban is indokoltnak tartottuk kutatásunkat.

## Módszer

A Hungarostudy 2002 országos magyar reprezentatív felmérés, amelyben szociodemográfiai adatairól, egészségi állapotáról, magatartási szokásairól, pszichológiai jellemzőiről, vallásosságáról, etnikai hovatartozásáról 12 680 személyt interjúoltak meg. A kiválasztott személyek nem, kor és lakóhely szerint reprezentálják a 18 év feletti magyar lakosságot. Az egészségügyi ada-

tok mérésére 39 tételből álló betegséglista szolgált (például daganatos betegség, depresszió, szívinfarktus, gyomorfekély). A szív- és érrendszeri betegségek négy kategóriáját vizsgáltuk: magas vérnyomás, agyérbetegség, szívinfarktus, egyéb szív- és érrendszeri betegség.

A használt kérdőívek, skálák: A rövidített házastársi stressz skála (öt kérdést tartalmaz az eredeti házastársi stressz skálából) a házastársi kapcsolat minőségére kérdez rá. Például, hogy bizalommal vannak-e a házastársuk iránt, közösen oldják-e meg a felmerülő problémákat, vannak-e olyan problémáik, amelyekről nem tudnak nyíltan beszélni, közösen töltik-e a szabadidejüket, voltak-e korábban komoly problémák a kapcsolatukban. A skála Cronbach-alfa-értéke 0,64, és szignifikánsan korrelált az eredeti házastársi stressz skálával (29, 30, 41) egy 30-as létszámú, életkorra, iskolai végzettségre és nemre nézve heterogén csoportban:  $r=0,86$ ,  $p<0,001$ .

A pszichoszociális sérülékenységet a következő kérdésekkel vagy skálákkal mértük: A depressziót a rövidített Beck-féle depressziós kérdőívvel (42–44). A skála kilenc állítást tartalmaz az elmúlt két hétre vonatkozóan, például: „Minden érdeklődésemet elveszítettem mások iránt.”, „Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.”, „Mindennel szemben elégedetlenséget vagy közönyt érzek.”, „Állandóan hibáztatom magam.” stb. A skála Cronbach-alfa-értéke: 0,85.

A szorongást egy kérdéssel mértük: „Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban?” „Feszült és ideges voltam.” – 0–3 pontozással. Ezt a kérdést egy szorongásmérő kérdőív faktoranalízisével választottuk ki, ez a kérdés mutatta a legnagyobb átfedést a teljes skálával.

A vitális kimerültség (krónikus fáradtság) mérésére a rövidített vitális kimerültség skálát használtuk (7, 45, 46). A skála tíz kérdést tartalmaz, 0–1 pontozással, például: „Gyakran érzi fáradtnak magát?”, „Jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen?”, „Érzi úgy néha, hogy a teste olyan, mint egy kimerülő elem?”; Cronbach-alfa-értéke: 0,78.

Az alvászavarokat pedig az alvászavarok skálával (az athéni insomniaskála rövidített, magyar változata) mértük (47, 48). A skála nyolc kérdést tartalmaz, például: „Problémát okoz az elalvás?” „Az éjszakai felébredés?” „A túl korai ébredés?” „Az alvás teljes időtartama?” – 1–3 pontozással. A skála Cronbach-alfa-értéke: 0,91. A Hungarostudy 2002 módszertanáról, valamint a minta leíró jellemzőiről részletesen olvashatunk (49).

## Eredmények

A felnőtt magyar nők 51,9%-a házas és együtt él házastársával, 4,7%-a élettársi kapcsolatban él, 1,6%-a házas

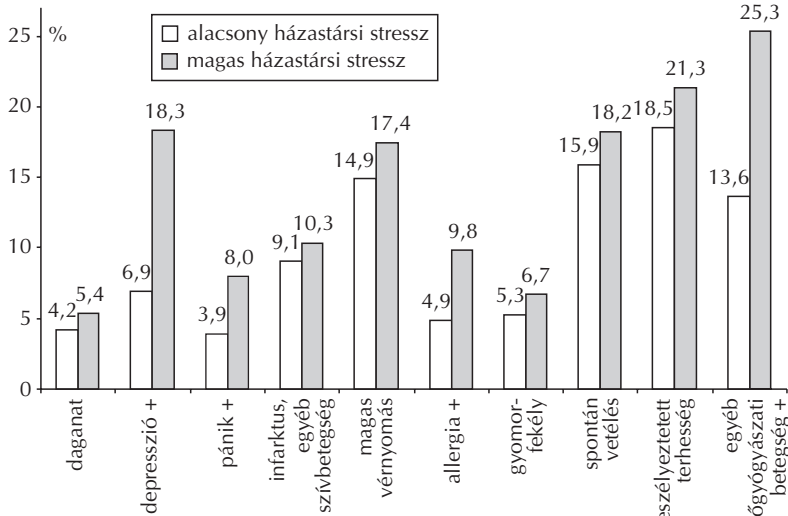
---

A házastársi vagy élettársi kapcsolatban élő, aktívan dolgozó nők érzékenyebbek a házastársi, mint a munkahelyi stresszre.

---

1. ÁBRA

A 35–45 éves házas nők egészségi állapota a házastársi stressz függvényében



+ jel: szignifikáns

ugyan, de nem él együtt házastársával, 8,6%-a elvált, 19%-a özvegy és 14,2%-a hajadon, egyedülálló. Összességében a nők 18,5%-a számolt be magas házastársi stressz-szintről [ezzel szemben a férfiaknak csak 14%-a tekintette házasságát nagy házastársi stresszrel jellemezhetőnek (p=0,01)].

Első lépésként a rövidített házastársi stressz skála alapján megkülönböztetett jó házasságban (alacsony házastársi stresszrel jellemezhető, a skála pontszáma

0–1), illetve rossz házasságban élő (magas házastársi stresszrel jellemezhető, a skála pontszáma 2–5), 35–45 éves nők (n=934) egészségi állapotát (a különböző betegségek előfordulási gyakoriságát) elemeztük. A 35–45 éves korcsoportot azért választottuk, mivel egyrészt ebben a korcsoportban legnagyobb a házasok száma (77%-uk házastársi vagy élettársi kapcsolatban él), másrészt a jó házasságban élők és a rossz házasságban élők átlagéletkora megegyezett: 39,89 és 40,10 év (1. ábra). A kis elemszám miatt a szívinfarktus, valamint az egyéb szív- és érrendszeri megbetegedéseket összevontuk. Az összehasonlításra  $\chi^2$ -próbát használtunk.

Bár minden vizsgált betegség gyakrabban fordult elő a rossz házasságban élők között, különös figyelmet érdemelnek azok a betegségek, amelyek szignifikánsan nagyobb arányban fordulnak elő: a depresszió (p<0,0001), a pánik (p=0,001), az allergia (p=0,001), a veszélyeztetett terhesség (p=0,04) és egyéb nőgyógyászati megbetegedések (p<0,0001).

A továbbiakban, a jó házasságban (alacsony házastársi stressz-szinttel jellemezhető, a skála pontszáma 0–1), illetve a rossz házasságban élő (magas házastársi stressz-szinttel jellemezhető, a skála pontszáma 2–5) nők pszichoszociális sérülékenység mutatóit elemeztük. Itt elemzéseinket nem korlátoztuk a 35–45 éves korcsoportra, ugyanis elemzéseinket a General Linear Modellben végeztük (Unianova, SPSS 9.0), és itt az

1. TÁBLÁZAT

Az egészséges, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők leíró adatai

	Egészséges nők (n=756)		Szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők (n=1353)		T-teszt (p)
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Életkor (év)	38,70	12,06	55,83	13,37	<0,0001
Végzettség* (1–6)	3,67	1,47	3,17	1,50	<0,0001
Házastársi stressz (0–5)	0,53	0,98	0,66	1,11	0,007
Depressziós tünet (0–60)	4,25	6,30	10,80	11,57	<0,0001
Szorongás (0–3)	0,59	0,79	1,14	1,01	<0,0001
Vitális kimerültség (0–10)	1,60	1,90	3,80	2,75	<0,0001
Alvászavarok (0–24)	1,46	2,58	4,65	5,27	<0,0001
Testtömegindex (kg/m <sup>2</sup> )	24,22	4,21	28,26	5,06	<0,0001
Hány évig dohányzott?	5,11	8,64	6,09	11,27	0,028
Hány szál cigarettát szív naponta?	13,35	7,63	13,59	7,01	NS
Sportolás** (0–6)	1,63	2,10	1,13	2,00	<0,0001
Alkoholfogyasztás*** (0–4)	0,66	0,85	0,54	0,88	0,003

\*A végzettséget az alábbi kérdéssel mértük fel: Legmagasabb végzettsége: 1. kevesebb, mint nyolc általános, 2. nyolc általános, 3. szakmunkásképző, 4. szakközép-iskolai érettségi, 5. gimnáziumi érettségi, 6. főiskolai vagy egyetemi diploma.

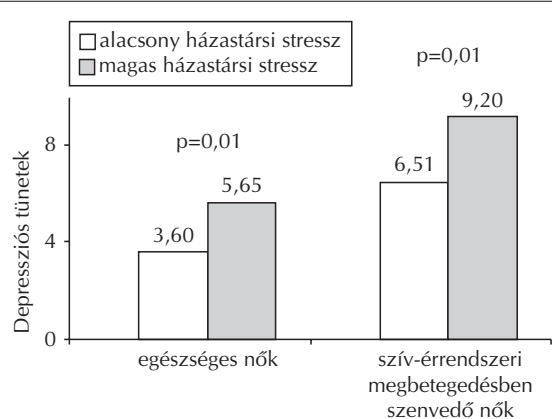
\*\*Sportolás (úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobik stb.): Milyen gyakran sportol? 0. soha, 1. rendszeresen, 2. ritkábban, mint havonta, 3. havonta egyszer, 4. hetente egyszer, 5. hetente többször, 6. naponta.

\*\*\*Alkoholfogyasztás: Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél négy) alkoholtartalmú italt? Például öt (négy) üveg sört vagy öt (négy) pohár bort, vagy öt (négy) fél deci tömény italt? 0. soha, 1. havonta vagy kevesebbszer, 2. havonta kétszer–négyeszer, 3. hetente kétszer–háromszor, 4. hetente négyeszer vagy többször.

NS: nem szignifikáns

## 2. ÁBRA

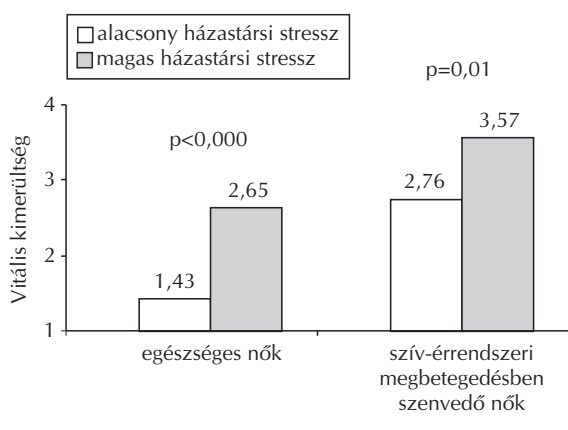
Depressziós tünetegyüttes a házastársi stressz függvényében



Az ábrán feltüntetett szignifikanciaértékek az egészséges és betegcsoportokon belüli, az alacsony, illetve magas házastársi stressz-szinten élő nők depresszióátlagai közötti különbségeket mutatják

## 3. ÁBRA

Vitális kimerültség (krónikus fáradtság) a házastársi stressz függvényében



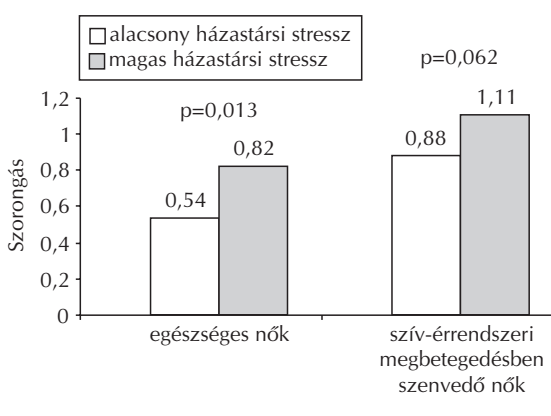
életkor, az iskolai végzettség, valamint az egészségtelen életmód mint kontrolltényező szerepelt.

A házastársi és élettársi kapcsolatban élő, egészséges nőket ( $n=765$ ), valamint a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőket (1353) vizsgáltuk. Nem véletlen, hogy ilyen kicsi az egészséges nők száma: a kérdőívben felsorolt 39 tételből álló betegséglista közül egyik betegség miatt sem álltak kezelés alatt a vizsgálat időpontjában, de az elmúlt évben, sőt, régebben sem. A „szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nő” kategóriájába összevontuk azokat a nőket, akiket akár magas vérnyomás, akár agyérbetegség, infarktus vagy egyéb szív- és érrendszeri betegség miatt kezeltek az elmúlt évben, járó betegként vagy kórházban.

Az egészséges, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők szinte minden vizsgált változóban különböznek (1. táblázat). Az egészséges nők fiatalabbak, magasabb iskolai végzettségűek, kisebb házastársi stresszről, kevesebb depressziós tünetről, ke-

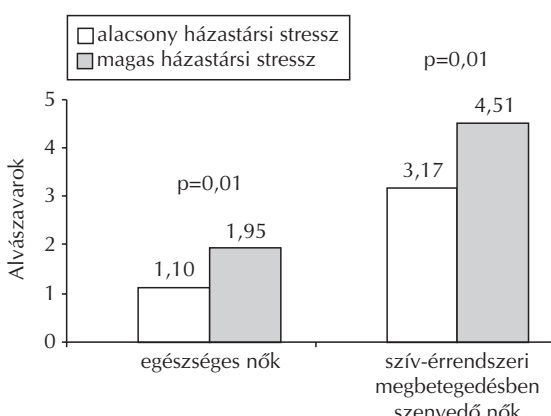
## 4. ÁBRA

Szorongás a házastársi stressz függvényében



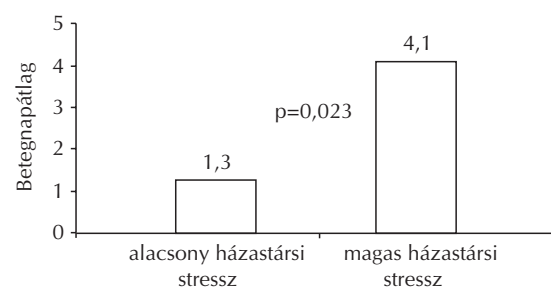
## 5. ÁBRA

Alvászavarok a házastársi stressz függvényében



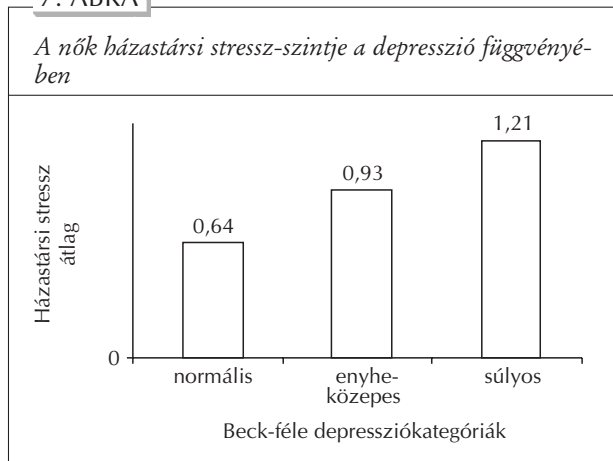
## 6. ÁBRA

Jó és rossz házasságban élő szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők depresszió miatti betegnapjainak átlaga



vesebb szorongásról, kimerültségről, alvászavarról számolnak be. Alacsonyabb a testtömegindexük, kevesebb éven át dohányoztak, gyakrabban sportolnak és fogyasztanak alkoholt, viszont, ha dohányoznak, akkor ugyanannyi szál cigarettát szívnak, mint szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nő társaik. Éppen ezért az elemzések során az életkorra, végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, a sportolás gyakoriságára és az alkoholfogyasztásra mindig kontrollálunk.

7. ÁBRA



Ugyanakkor azt is hangsúlyozzuk, hogy számunkra az összehasonlítás fő szempontja a jó házasságban élők pszichoszociális sérülékenysége, szemben a rossz házasságban élők pszichoszociális sérülékenységével. Ebben a viszonyulásban nem vetjük össze az egészséges nők adatait a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőkével, hanem a jó házasságban élő egészséges nők adatait a rossz házasságban élő egészséges nőkével, valamint a jó házasságban élő szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőket a rossz házasságban élő szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők adataival hasonlítjuk össze.

Azt találtuk, hogy a depressziós tünetek átlaga szignifikánsan különbözik a jó házasságban, valamint a rossz házasságban élők között úgy az egészséges, mint a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőcsoportban, akkor is, ha az eredményeinket életkorra, iskolai végzettségre, valamint az egészségkárosító magatartásra (dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, mozgáshiány) is kontrolláltuk (2. ábra). Az elemzéseket General Linear Modellel, Bonferroni-féle posthoc teszttel végeztük (Unianova, SPSS 9.0).

Ugyanezt a növekedést találtuk a vitális kimerültség, a szorongást és az alvászavarokat mérő skálákon

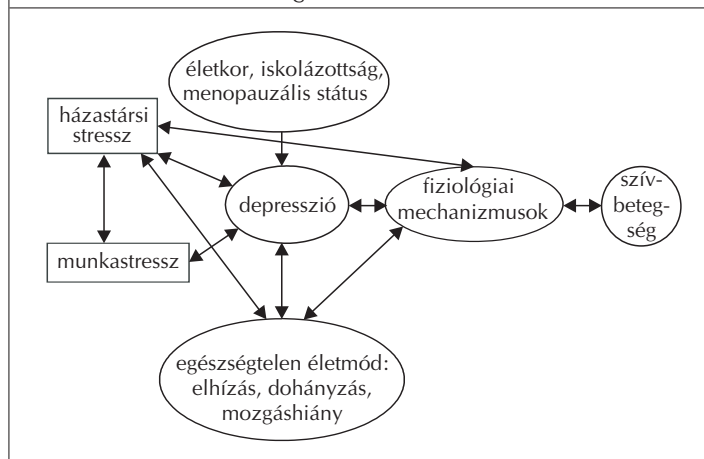
elért pontszámok esetében is: a rossz házasságban élők nagyobb vitális kimerültségről, nagyobb szorongásról és több alvászavarról számoltak be (3–5. ábra).

Vizsgáltuk a jó és rossz házasságban élő, szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nők depresszió miatti munkaképtelen napjainak átlagát. Az eredményeket itt is kontrolláltuk az életkorra, iskolai végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, alkoholfogyasztásra és a sportolás gyakoriságára (Unianova, SPSS 9.0), és szignifikáns különbséget találtunk (6. ábra).

Hasonlóképpen elemeztük a depressziós nők házastársi stressz-szintjét. A rövidített Beck-féle depressziókérdőív alapján megkülönböztetett három kategória – normális (a skála pontértéke 0–9), enyhe-közepes (a skála pontértéke 10–25) és magas (a skála pontértéke 25 fölött) – szerint vizsgáltuk a nők házastársi stressz-szintjét. Mintánkban a vizsgálat időpontjában a 18–44 éves nők 17%-a enyhe-közepes mértékben depressziós, 2,8%-a viszont súlyos depressziós tüneteket mutatott. Még figyelemfelkeltőbb az idősebb korosztály: a 45–64 éves nők 23,7%-a bizonyult enyhe-közepes mértékben depressziósnak és 9,9%-a súlyosan depressziósnak. Hipotézisünknek megfelelően, minél magasabb volt egy nő depressziószintje, annál stresszesebbnek találta házasságát, akkor is, ha az eredményeket kontrolláltuk életkorra, iskolai végzettségre és az egészségkárosító magatartásra (elhízás, mozgásszegény életmód, dohányzás, alkoholfogyasztás). A normális depressziószintű (vagyis depressziós tünetektől nem szenvedő) nők házastársi stressz-szintje szignifikáns mértékben ( $p < 0,0001$ ) különbözik az enyhe-közepes mértékű depressziós tünetektől szenvedő nők házastársi stressz-szintjétől. Viszont az enyhe-közepes mértékben depressziós nők házastársi stressz-szintje is szignifikáns mértékben különbözik a súlyosan depressziós nők házastársi stressz-szintjétől ( $p = 0,003$ ). Vagyis már az enyhe mértékű depresszió is növeli annak valószínűségét, hogy egy nő stresszesnek ítélje házastársi kapcsolatát (7. ábra).

8. ÁBRA

A házastársi stressz, munkastressz és a depresszió hatásmechanizmusa. Cirkuláris okság a cardiovascularis vulnerabilitásban



## Megbeszélés

A magyar országos reprezentatív felmérés adatait elemezve, a svéd populációs eset-kontroll vizsgálat eredményeihez hasonló eredményeket találtunk: a magas házastársi stressz-szint együtt járt a betegségek előfordulási gyakoriságának növekedésével, ugyanakkor úgy az egészséges, mint a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőknél együtt járt a fokozott pszichoszociális vulnerabilitással (súlyos depresszióval, vitális kimerültséggel, szorongással, alvászavarokkal), akkor is, ha az eredményeket kontrolláltuk életkorra, iskolai végzettségre és egészségkárosító magatartásra is.

Eredményeink tehát igazolták a szakirodalomban leírtakat a házastársi stressz és a depresszió (9–15), valamint a házastársi stressz és az egészségi állapot, a cardiovascularis vulnerabilitás összefüggéseivel kapcsolatban (18–30).

Ha a házastársi stressz és a depresszió, valamint a

cardiovascularis vulnerabilitás összefüggéseit elemezzük, érthető, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőket vesszük nagyító alá, viszont feltehető az a kérdés, hogy miért vizsgáltuk az egészséges nőket is.

Az egészséges nők életkorban is különböztek ugyan a mintánkban lévő szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő nőktől, és bár egészségi állapotuknak megfelelően kisebb léptékben, de ugyanazt az összefüggést találtuk: a magas házastársi stressz-szint együtt járt a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának növekedésével. Ha csak a szívbeteg nőket vizsgáljuk, könnyen adódhatott volna az a kritika, hogy a szívbeteg depressziója elsősorban a betegségükkel összefüggő depresszió, és nincs összefüggésben a vizsgált nők házastársi stresszével. Eredményeink viszont azt mutatják, hogy a magyar nők körében is, életkortól és egészségi állapottól függetlenül, a nagy házastársi stressz együtt járt a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának növekedésével.

A szakirodalmi adatokkal megegyezően, a nők mintánkban is gyakrabban számoltak be magas házastársi stressz-szintről, mint a férfiak (16, 17). Itt kiemeljük, hogy ez a különbség nem jelenti azt, hogy az ő egészségi állapotukat nem befolyásolná a magas házastársi stressz (41). Írásunkban a házastársi stressz és a depresszió összefüggéseit a nőknél elemeztük, és azt találtuk, hogy a magas házastársi stressz-szint együtt jár a fokozott pszichoszociális sérülékenységgel: gyakrabban számolnak be depressziós tünetek meglétéről, kimerültebbek, magasabb a szorongásszintjük, rosszabbul alszanak, mint az alacsony házastársi stressz-szinttel jellemezhető, jó házasságban élő nőtársaik. Ugyanakkor depresszió és cardiovascularis vulnerabilitás összefüggésében a Hungarostudy 2002 eredményei is bizonyították a szakirodalomban leírtakat: már az enyhe mértékű depresszió is a szív- és érrendszeri betegségek számottevő kockázati tényezője. Egy enyhén depressziós nőnek 2,7-szer nagyobb az esélye a magas vérnyomás betegségre vagy szívinfarktusra, és négyszer nagyobb az esélye az agyérbetegségre vagy egyéb szívbetegségre (5, 6).

A keresztmetszeti vizsgálatokat gyakran éri az a kritika, hogy oksági viszony megállapítására alkalmatlanok. Esetünkben eredményeink alapján csak azt mondhatjuk, hogy a magas házastársi stressz-szint „együtt jár” a depresszió és a pszichoszociális vulnerabilitás növekedésével, de óvakodnunk kell az olyan megfogalmazásoktól, mint például: „a házastársi stressz növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát”. Láthattuk, hogy a depresszió is együtt járt a házastársi stressz növekedésével, mégsem mondhatjuk, hogy a depresszió okozza a házastársi stressz növekedését. Az oksági viszony irányának megállapításához olyan utánkötéses vizsgálatra lenne szükség, amelyben különböző időpontokban mérnénk a depresszió és a házastársi stressz alakulását is. Ugyanakkor, bár fogalmazásunkban betartjuk a „tudományos visszafogottság” szabályait, azzal a kérdéssel záránk írásunkat, hogy miért keresünk oksági irányt a cirkuláris oksági viszonyban lévő változók között? E kérdésre adott válaszuk (hangsúlyozva a cirkuláris okságot) a 8. ábrán látható modell a házastársi stressz és a depresszió, cardiovascularis vulnerabilitást növelő hatásmechanizmusáról. Vagyis többszörös cirkuláris okságról beszélhetünk: a magas házastársi stressz-szint együtt jár a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának növekedésével, de már az enyhe depresszió jelenléte is együtt jár egy fokozottabb házastársi elégedetlenséggel. A depresszió a cardiovascularis betegségek kialakulásának fontos kockázati tényezője, ugyanakkor a cardiovascularis betegségek megléte is együtt jár a depressziós tünetek megjelenésének nagyobb valószínűségével.

#### Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk a Hungarostudy 2002 munkacsoport tagjainak. A kutatás az Egyesült Nemzetek Szervezetének Fejlesztési Programja (UNDP Hun/00/002), az Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok (T-29067/1999/T32374/2000 és TS-40889/2002), valamint a Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Program (NKFP-01/002/2001) keretében történt.

#### IRODALOM

- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause. 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
- Jackson R, Chambless L, Higgins M, Kuulasmaa K, Wijnberg L, Williams D. (WHO MONIKA project and ARIC study.) Sex difference in ischaemic heart disease mortality and risk factors in 46 communities: an ecologic analysis. *Cardiovasc Risk Factors* 2004;7:43-54.
- Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987;101(2):259-82.
- Weissman MA. Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health* 1987;77:445-51.
- Balog P. A szív- és érrendszeri betegek életminősége. In: Életminőség monográfia. Kopp M, Kovács M (szerk.). 2005;6:44-72. *In press*.
- Purebl Gy, Kovács M. A depressziós tünetegettes kapcsolata a testi betegségekkel, hatása az életminőségre. In: Életminőség monográfia. Kopp M, Kovács M (szerk.). 2005;6:17-27. *In press*.
- Kopp MS, Falger PRJ, Appels A, Szedmak S. Depressive symptomatology and vital exhaustion are differently related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 1998;60:752-8.
- Csoboth Cs. A magyar nők egészsége. *Hippocrates* 2003;5(6):375-8.
- Burg MM, Seeman TE. Families and health: the negative side of social ties. *Ann Behav Med* 1994;16(2):109-15.
- Kiekolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. *Psychol Bull* 2001;127(4):472-503.
- Beach SRH, Sanden EE, O'Leary KD. Depression in marriage. Treatment manuals for practitioners. Guilford Press; 1990.
- Wishman MA. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychology* 1999;108(4):701-6.

13. Beach SRH, Fincham FD, Katz J. Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review* 1998;18:635-61.
14. Fincham FD, Beach SR. Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology* 1999;50:47-77.
15. O'Leary KD, Christian JL, Mendell NR. A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1994;13:33-41.
16. Cross SE, Madson L. Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin* 1997;122:5-37.
17. Fincham FD, Beach SRH, Harold GT, Osborne LN. Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science* 1997;8:351-7.
18. Hooley JM, Teasdale JD. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology* 1989;98:229-35.
19. Kiekolt-Glaser JK, Malarkey WB, Chee M, Newton T, Cacioppo JT, Mao H, et al. Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine* 1993;55:395-409.
20. Kiekolt-Glaser JK, Glaser R, Cacioppo JT, MacCallum RC, Snyder-Smith M, Kim C, et al. Marital conflict in older adults: Endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine* 1997;59:339-49.
21. Kiekolt-Glaser JK, Newton T, Cacioppo JT, MacCallum RC, Glaser R, Malarkey WB. Marital conflict and endocrine function: Are men really more physiologically affected than women? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:324-32.
22. Brown PC, Smith TW, Benjamin LS. Perceptions of spouse dominance predict blood pressure reactivity during marital interactions. *Ann Behav Med* 1998;20(4):286-93.
23. Brown PC, Smith TW. Social influence, marriage and the heart: Cardiovascular consequences of interpersonal control in husbands and wives. *Health Psychol* 1992;11(2):88-96.
24. Smith TW, Gallo LC. Hostility and cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychosom Med* 1999;61(4):436-45.
25. Smith TW, Gallo LC, Goble L, Ngu LQ, Stark KA. Agency, communion, and cardiovascular reactivity during marital interaction. *Health Psychol* 1998;17(6):537-45.
26. Helgeson VS. Relation of agency and communion to well-being: evidence and potential explanations. *Psychol Bull* 1994;116:412-28.
27. Carels RA, Szczepanski R, Blumenthal JA. Blood pressure reactivity and marital distress in employed women. *Psychosom Med* 1998;60(5):639-43.
28. Carels RA, Sherwood A, Szczepanski R, Blumenthal JA. Ambulatory blood pressure and marital distress in employed women. *Behav Med* 2000;26(2):80-5.
29. Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M, Gustafsson KS, Schneiderman N, Mittleman M. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA* 2000;284(23):3008-14.
30. Balog P, Janszky I, Leineweber C, Blom M, Wamala SP, Orth-Gomer K. Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *J Psychosom Res* 2003;54:113-9.
31. Blom M, Janszky I, Balog P, Orth-Gomer K, Wamala SP. Social relations in women with coronary heart disease: the effects of work and marital stress. *J Cardiovasc Risk* 2003;10(3):201-6.
32. Gassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary heart disease. *Am J Psychiatry* 1998;155:4-11.
33. Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB, Blumenthal JA, Califf RM, Haney TL, et al. Depression and long term mortality risk in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1996;78:613-7.
34. Orth-Gomer K, Mittleman M, Gustafsson KS, Wamala SP, Erikson M, Belkic K, et al. Lipoprotein (a) as a determinant of coronary heart disease in young women. *Circulation* 1997;95:329-34.
35. Horsten M, Wamala SP, Vingerhoets A, Orth-Gomer K. Depressive symptoms, social support and lipid profile in healthy, middle-aged women. *Psychosom Med* 1997;59:521-8.
36. Maddock C, Pariente CM. How does stress affect you? An overview of stress, immunity, depression and disease. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2001;10(3):153-62.
37. Shimbo D, Child J, Davidson K, Geer E, Osende JL, Reddy S, et al. Exaggerated serotonin-mediated platelet reactivity as a possible link in depression and acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2002;89(3):331-3.
38. Lederbogen F, Gilles M, Maras A, Hamann B, Colla M, Heuser I, et al. Increased platelet aggregability in major depression? *Psychiatr Res* 2001;102(3):255-61.
39. Roy MP, Kirschbaum C, Steptoe A. Psychological, cardiovascular, and metabolic correlates of individual differences in cortisol stress recovery in young men. *Psychoneuroendocrinology* 2001;25(4):375-91.
40. Nemeroff CB, Musselman DL. Are platelets the links between depression and ischaemic heart disease? *Am Heart J* 2000;140(Suppl4):57-62.
41. Balog P. Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In: Életminőség monográfia. Kopp M, Kovács M (szerk.). 2005;5:15-28. In press.
42. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patient in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med* 1972;52:81-5.
43. Kopp MS, Skrabski A. Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatok módszertana. *Végeken* 1990;2:4-24.
44. Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. A Beck depresszió-kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 2001;16(4):384-402.
45. Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 1988;9:758-64.
46. Kop WJ, Appels A, Mendes de Leon CF, et al. Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosom Med* 56:281-7.
47. Novák M, Mucsi I, Shapiro CM, Réthelyi J, Kopp MS. Increased utilization of health services by insomniacs – an epidemiological perspective. *J Psychosom Research* 2004;56:527-36.
48. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003;55:263-7.
49. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, et al. A középkorú magyar népesség egészségi állapota: a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica* 2003.



## APRÓHIRDETÉS

### ELADÓ PRAXIS

Budapest határától 9 km-re 1700 fős felnőtt háziiorvosi praxis eladó.  
Érdeklődni lehet: (20) 941-3308.

### ÉVFOLYAM-TALÁLKOZÓ

2005. november 12-én 18 órakor, a Nagyvárad téri Elméleti Tömbben tartjuk a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán 1980-ban végzett hallgatók évfolyam-találkozóját.  
További információt nyújt és a részvételtől visszajelzést kér: dr. Kneisz Éva, telefon: (20) 9584-805.