

Nők és a szorongás

BAJTSI MIKLÓS DR.

EGIS Gyógyszergyár Nyrt., pszichiáter szakorvos

A népszerű felmérések szerint a nők életében kétszer gyakoribb a szorongás megjelenése, mint a férfiaknál (1-2). Náluk a különleges szorongásos betegségek előfordulása is gyakoribb. Emellett nőknél igen gyakori érzelmi zavar, a hormonális változásokkal összefüggő, ún. vérzés előtti rosszullet (premenstruális dysphoriás zavar, PMDD), amelyben szintén rendszeresek a szorongásos panaszok. A gyakori szorongást nőknél egyrészt biológiai okok, másrészt társadalmi tényezők magyarázzák (1, 3-4). A biológiai okok között kell számba veyük a nők életét végigkísérő hormonális változásokat, illetve a jelentős változásokat hozó életszakaszokat (nemi érettség, a havivérzések, szülés, változókor, öregség). A társadalmi okok például a társadalomban a nőekkel szemben támasztott fokozott szerepeltvárások (helyállás feleségként, anyaként, háziasszonyként, munkahelyen) és a férfiakhoz képest átlagosan alacsonyabb kereset. Mindezen tényezők tehát növelik a nőkre nehezedő stresszt, illetve nehezítik a vele való megküzdést. A nőgyógyászati osztályokon és rendeléseken megforduló nők esetében mindehhez hozzáadódik még az esetleges testi betegség által okozott stressz is (4). Ennek mértéke függ a testi betegség súlyosságától, lefolyásától (heveny, idült). Különösen nagy lelki terhet okoznak a női nemi szervek egyre gyakoribb daganatai (4).

A szorongásos tünetek felismerése és kezelése azért nagyon fontos, mert a tartós szorongás számos testi-lelki betegség kialakulásához vezet (5). A szorongásos tünetek felismerése ugyanakkor nem mindig egyszerű, az esetek nagyobb részében ugyanis nem az aggodás és félelem uralja a tüneti képet, hanem változatos testi tünetek (5-6). Ilyenek lehetnek például az izomfájdalmak, fejfájás, fáradtság, étvágytalanság, alvászavar, gyomor-bélrendszeri panaszok, és gyakran a bizonytalan alhasi fájdalmak hátterében is szorongás áll.

A szorongásos panaszok kezelésére napjainkban elsősorban nagyhatású benzodiazepin szorongásoldókat (alprazolam, clonazepam) és antidepresszánsokat használunk (7). A két említett benzodiazepin közül az alprazolam előnye, hogy mérsékelt antidepresszív hatású is (8). A nagyhatású benzodiazepinek 3-6 hónapon keresztül alkalmazhatók a nőgyógyászati gyakorlatban is (7). A legkisebb napi adagjuk 1 mg, szokásosan 1-3 mg közötti napi adagokkal a szorongásos panaszok nagy része lényegesen csökkenthető (7). Hosszú idejű kezelésre a mai irányelvek egyértelműen az antidepresszánsokat részesítik előnyben (7). Ezek beállítását nőgyógyász szakorvos is vállalhatja, de a széles választási lehetőségek miatt talán mégis érdemesebb ezt pszichiáter szakorvosra bízni.

IRODALOM

1. Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26:621-72.
2. Reich J. The epidemiology of anxiety. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:129-36.
3. Belső N, Rihmer Z. Depresszió a változó korban. *Hippocrates II/5-300*.
4. Szakács K, és mtsai. Nőgyógyászati pszichiátriai rendelés szervezése és működése a Baross utcai Női Klinikán. *Magyar Nőorvosok L* 2006;69:359-64.
5. Füredi J. A pszichiátria magyar kézikönyve. *Medicina*, Budapest 1998.
6. Kellner R, Sheffield BF. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *Am J Psychiatry* 1973;130:102-4.
7. Anxiolitikumok Konszenzus Konferencia Háziorvos Továbbképző Szemle 1996;1:116-8.
8. Huybrechts I. The pharmacology of alprazolam: A review. *Clin Ther* 1991;13:100-17.