

# A policisztás ovárium szindróma pszichoszociális következményei, pszichiátriai komorbiditása és terápia lehetőségei\*

Farkas Judit<sup>1,2</sup>, Mervó Barbara<sup>1</sup>, Rigó Adrien<sup>1</sup>, Demetrovics Zsolt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

<sup>2</sup> Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály – OPAI

**Összefoglalás:** A policisztás ovárium szindróma egy endokrin eredetű nőgyógyászati kórkép, mely az utóbbi időben egyre elterjedtebb reprodukív korban lévő nők körében. A tünetek kétségkívül nagymértékben kihatnak az érintettek mentális egészségére – ennek ellenére csupán kevés kutatás tárgyalja a kórkép pszichés és pszichiátriai aspektusait. Jelen szakirodalmi áttekintés összefoglalja a kórkép főbb tüneteinek (pl.: szőrnövekedés, obezitás, meddőség, szexuális élet, bőrproblémák) pszichés és pszichoszociális következményeit, lehetséges komorbid kórképekkel (pl.: depresszió, szorongás, evészavarok) való kapcsolatát, valamint számításba veszi a különböző terápiai beavatkozásokat is (diéta, testedzés, pszichoterápia, kozmetikai beavatkozások).

**Kulcsszavak:** policisztás ovárium szindróma; meddőség; obezitás; komorbiditás; pszichoterápia

**Summary:** The polycystic ovary syndrome is a gynaecological disorder of endocrine origin, with an alarmingly growing prevalence among women of reproductive age. Although there is no doubt about the impact of its symptoms on the mental health of involved women, there are only a few studies addressing the psychological or psychiatric aspects of this disorder. Present review of literature discusses psychological and psychosocial effects associated with the symptoms (hair growth, infertility, sexual life, obesity, skin problems), possible comorbid psychiatric disorders (depression, anxiety, eating disorders), and possibilities of therapeutic interventions (diet, workout, psychotherapy, cosmetic interventions).

**Keywords:** polycystic ovary syndrome; infertility; obesity; comorbidity; psychotherapy

## Bevezetés

A policisztás ovárium szindróma (PCOS) vagy policisztás petefészek betegség a termékeny korban lévő nők 5–10%-át érintő, egyik leggyakoribb endokrin eredetű megbetegedés, valamint a női meddőség egyik vezető oka (1–4). A betegség nagyon sokféle megnyilvánulási formában léphet fel. Tünetei általában az alábbiak: szembetűnő, és diagnosztikus értékű az ultrahangon a petefészek jellegzetes policisztás elváltozása, valamint a leggyakoribb panasz a menstruációs ciklus zavara, ami jelentheti a peteérés teljes hiányát (anovuláció) vagy a menstruációs ciklus megnövekedését (oligomenorrhoea). Ezek következményeképp, a betegségben szenvedők körében megnő a meddőség, il-

letve teherbeesés esetében a spontán vetélés valószínűsége. Gyakori a férfi nemi hormonok (tesztoszteron) túlsúlya (hyperandrogenizmus) és az ennek következtében megerősödött szőrnövekedés (hirsutismus), zsíros és pattanásos bőr (acne), és a férfias kopaszodás (androgén eredetű alopecia). Jellemző ezen kívül a túlsúlyosság (25 fölötti BMI), aminek a hátterében inzulinrezisztencia feltételezhető.

A kórkép elnevezése félrevezető, ugyanis a cisztás petefészek csupán az egyik lehetséges, de nem kötelező tünete a zavarnak. A hátterében félresiklott anyagcsere áll, amelynek diagnosztizálása és kezelése elsősorban belgyógyászati feladat. Mivel a tünetek egy része mások által is észlelhető változásokat okoz, melyek többségében interferálnak a nőiességről alkotott nor-

\* Az Emberi Erőforrások Minisztériuma ÚNKP-17-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóságok Programjának támogatásával készült.

mákkal, ezért a megbetegedés sok esetben befolyásolja az érintettek lelki egészségét és pszichés jóllétét. A megbetegedés élethosszig tartó emocionális distresszhez, depresszióhoz vezethet (2, 5–7). Ennek ellenére nagyon kevés cikk foglalkozik a PCOS okozta lelki tényezőkkel (pl. szisztematikus irodalmi leírásért lásd: [8]). Az alábbi összefoglaló célja, hogy áttekintse a PCOS tüneteinek (pl.: szőrnövekedés, obezitás, meddőség, szexuális élet, bőrproblémák) pszichés vonatkozásait, a kórkép pszichoszociális érintettségét (női szerep, egészséggel való elégedettség, jóllét), lehetséges komorbid kórképekkel való kapcsolatát (depresszió, szorongás, evészavarok) és egyúttal felhívja a figyelmet a betegség nem pusztán biológiai kezelésének szükségességére (diéta, testedzés, pszichoterápia, kozmetikai beavatkozások).

## A PCOS főbb tünetei és pszichés korrelátumai

### Obezitás és testkép

Bár etnikai és kulturális különbségek adódhatnak az életvitelt illetően, mégis a PCOS-ban szenvedő nők többsége túlsúlyosnak bizonyul (3). Az elhízás oka – a genetikai hajlam mellett – a PCOS-ra jellemző inzulinrezisztencia: a sejtek inzulinra való érzékenysége csökken, a cukorfelvétel fokozódik, sőt kifejezett cukoréhség alakul ki, mely később egyéb szövődményekkel párosulva (magas vérnyomás, cukorbetegség) a metabolikus szindróma kialakulásához vezethet.

Több kutatás tanúsítja, hogy a testképpel való elégedetlenség még egy egészséges populáción belül is meghatározó hatással lehet a pszichés működésre. A PCOS-ban szenvedők a külsővel kapcsolatos kihívásoknak halmozottan vannak kitéve, ezért nem meglepő, hogy a korban és BMI-értékben illesztett kontrollcsoport értékeit több testképpel való elégedetlenséget mérő eszközön is meghaladják (9). A testképpel való elégedetlenség magyarázó erővel bírt a depresszív és szorongásos tünetekre vonatkozóan is (10), továbbá összefüggést mutatott a randevúzási hajlandósággal, valamint az aggodalommal az

íránt, hogy az illető külseje akadályt jelent a párválasztás során (11).

### Szőrnövekedés

A testen, illetve az arcon található szőrnövekedés mindkét nemre jellemző, azonban a hirsutizmus orvosi fogalma csak nőkre értendő, és tesztoszteron okozta fokozott szőrnövekedést jelent. Egyes adatok szerint a PCOS-ban szenvedő nők számára a megerősödött szőrnövekedés a második legsúlyosabbnak ítélt tünet, ami negatívan befolyásolja az étellel való elégedettségüket (12).

*Hahn* (13) ezzel összefüggésben azt találta, hogy az elhízás mellett, a szőrnövekedéshez kapcsolódott a legtöbb aggodalmaskodás, ugyanakkor nem talált szignifikáns összefüggést az étellel való elégedettség és a szőrnövekedés között. Szerinte a probléma inkább olyan speciálisabb területekre korlátozódik, mint a szexuális élet, a női identitás és önbecsülés. Korábbi kutatások azt igazolják, hogy főleg a feltűnő területeken megerősödött szőrnövekedés (pl. arc) okozza a PCOS-ban szenvedő nők számára azt az érzést, hogy ők nem igazi nők. Önmagukról férfias terminusokban nyilatkoznak (pl.: szakáll, bajusz, férfias szőrzet) és testükben a nőiesség meghazudtolását látják (14, 15).

*Keegan* (10) kvalitatív kutatása során félig strukturált interjúkat rögzített PCOS-ban szenvedő nőkkel Angliában. Az interjúk keretében megkérdezték a résztvevőket, hogy a szőrnövekedés milyen mértékben befolyásolja a saját magukról kialakított képet. A válaszok szerint többségük „visszataszítónak”, „undorítónak” tartotta magát, önértékelésük jóval átlagon aluli értékeket mutatott. Egy másik kvalitatív kutatás négy visszatérő témát azonosított hirsutizmusban szenvedő nők körében: úgy érezték „saját testük rabszolgái”, testüket „börtönként” jellemezték, személyüket „furcsának-különcnek”, önmagukat „szégyentelinek” írták le (16).

*Lipton és mtsai* (17) kutatásában minden harmadik nő arról nyilatkozott, az arcon található, feltűnő szőrösödés állandóan jelen van gondolataikban és folyamatosan ellenőrzik magukat

tükör segítségével. Mivel a páciensek a szőrösödés kapcsán egy életen át fennálló problémával néznek szembe, ami konstans szenvedést okoz nekik, és az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok megjelenése sem ritka, valamint az életvitelük is jelentősen megváltozik (lemondanak korábban folytatott tevékenységekről), ezért *Eckback* (16) a krónikus betegségekben megjelenő szenvedéshez és reménytelenséghez hasonlítja a jelenséget.

### Meddőség és szexuális élet

Kétségtelen, hogy bár a PCOS olyan szénhidrát-anyagcsere zavaron alapuló tünetegyüttes, amelynek csupán egyik tünete a policisztás petefészek és a ciklus rendszertelensége, azok a nők, akik emiatt hiába várnak a gyermekáldásra, ezt a tünetet helyezik előtérbe. A meddőség emocionális következményeit számos faktor befolyásolhatja: a meddőség felfedezése óta eltelt idő, a korábbi sikertelen kezelések száma, valamint kulturális, etnikai és szociális háttér (13).

A PCOS negatív hatással van a nők szexuális működésére is, és kontrollszemélyekhez képest alacsonyabb szexuális elégedettségről számolnak be (13). *Elsenbruch* (11) kutatása szerint a szexuális élet gyakoriságában és szexuális tartalmú gondolatok mennyiségében nem különböztek a PCOS-ban szenvedők a kontrollcsoporttól, ugyanakkor elégedetlenebbek voltak szexuális életükkel és önmagukat kevésbé találták vonzónak egészséges társaiknál. A kutatás arra is kitér, hogy a PCOS-ban szenvedő nők úgy gondolják, hogy partnereik is kevésbé találják őket vonzónak, valamint szexuálisan kielégítetlenek maradnak mellettük. Ezek az eredmények a BMI értékek kontrollálása után is szignifikánsak maradtak. Az észlelt szexuális kíváncsiság erősen korrelál az összesített szexuális elégedettséggel. A szexuális élet egyértelműen a PCOS külső megjelenésbeli aspektusaival függ össze, melyek legátolják és negatívan hatnak a nők önbecsülésére, illetve női identitástudatukra (11).

Sem a súlyproblémák, sem a meddőség nem mutatott összefüggést a PCOS-ban szenvedő

nők szexuális magatartásával. Egy népszerű fel fogás szerint, a magasabb androgén hormonszint lehet az okozója a szexuális libidó csökkenésének (18), ezért korábban sok olyan kutatás született, mely a PCOS és a nemi identitás, illetve szexuális preferenciák kapcsolatát vizsgálta (lásd pl. [19]). Ennek ellenére nemrég korszerű módszerek segítségével igazolták, hogy a tesztoszteron szint és a szexuális vágy között nincsen kimutatható összefüggés (20), sokkal inkább valószínűsíthető, hogy az alacsony önértékelés és a külső miatti folyamatos aggodalmaskodás okozza a szexuális libidó korlátozottságát.

### A PCOS és a pszichés kórképek kapcsolata

#### Depresszió és szorongás

A depresszió a leggyakrabban vizsgált kórkép a PCOS-val kapcsolatban. Sok kutatás alátámasztja, hogy a PCOS-ban szenvedő nők valószínűbben számolnak be depresszív tünetekről, mint a kontrollcsoport (9, 11), illetve a depressziót mérő kérdőíveken átlag feletti értékeket érnek el (5, 10). Az eredmények a definícióbeli eltérések és a mérőeszközök sokfélesége ellenére is konzisztensek.

A PCOS esetében felmerülő depresszió okát feltárni igyekvő kutatások egymásnak ellentmondó eredményekről számolnak be. A PCOS-ban szenvedő nők kétharmada súlyproblémákkal küzd (21), ami egyes kutatások szerint normál populáció esetében is magasabb arányú depresszióhoz vezethet (pl.: [22–24]). Ugyanakkor *Keegan és mtsai* (10) kutatásuk során kiszűrték a 25-ös BMI feletti résztvevőket, és ennek ellenére a PCOS-ban szenvedő normál súlyú nők, magasabb pontszámot értek el a depressziót mérő skálákon, mint a daganatos megbetegedésben szenvedő klinikai minta. Ezzel párhuzamosan sem az androgenizáció (5), sem a fokozott szőrnövekedés (10) esetében nem találtak szignifikáns korrelációt, sőt a várakozásokkal ellentétesen, az egyik kutatás során a magasabb tesztoszteron szint pozitív hangulattal mutatott összefüggést (9).

A PCOS és a szorongásos tünetek kapcsolatát vizsgáló kutatások azt találták, hogy a diagnosztizált betegek egyharmadánál azonosíthatóak klinikailag jelentős szorongásos tünetek (25). Ez összefüggésbe hozható azokkal az eredményekkel, miszerint a menstruációs zavarok, meddőség, és egyéb, külsőt befolyásoló tünetek a nőiességgel, illetve a női szerepekkel interferálnak (14), aminek következtében az interperszonális kapcsolatok elsivárosodhatnak és a szociális félelmek felerősödhetnek. A PCOS tüneteit külön-külön, normál populáción vizsgálva is összefüggést találhatunk a szorongással, mind az erős szőrnövekedés (17), a bőrproblémák (26), az elhízás (27) és a meddőség (28) esetében. Ezen eredményeket egybevetve, a PCOS-t kezelő orvosoknak tekintettel kell lenniük a lehetséges pszichés tünetekre is. Mindenképp megfontolandó a biológiai kezelés mellett a pszichoterápia is, hiszen a depresszió csökkenti a motivációt, ami a gyógyszeresedési hajlandóságot, a táplálkozási szabályok betartását, ezáltal az egész PCOS menedzselését befolyásolhatja (2).

### **Evészavarok**

Tekintve, hogy a kutatások szerint a testképpel való elégedetlenség jelentős szerepet játszik az evészavarok kialakulásában (lásd pl. [29]), felforrult a PCOS és az evészavarok (főleg bulimia) összefüggése is. A kutatások szerint nem csak a PCOS-ban szenvedők jelentős hányada mutat problémás evési szokásokat. *Jahanfar* (30) eredményei szerint a betegek 6%-a bulimiás övezetbe tartozik, de a kapcsolat visszafelé is érvényes, azaz a bulimiában szenvedő nők esetében gyakrabban mutatható ki PCOS (31). *Morgan* (32) hirsutizmusban szenvedő nőkkel felvett klinikai interjúk (SCID) alapján arra a következtetésre jutott, hogy az evészavarok magasabb valószínűséggel fordulnak elő körükben (12,6% bulimia, 1,6% anorexia). Kiváltó tényező lehet e tekintetben a testképpel, illetve a testsúllyal való elégedetlenség. A testsúlycsökkentés iránti vágy következtében általában olyan problémás módszerekhez is folyamodnak az érintettek,

mint a kalória-bevitel szélsőséges csökkentése, koplalás és hánytatás, melyek a bulimia kiindulópontjai lehetnek. A pszichés okok mellett ugyanakkor biológiai tényezők is hozzájárulhatnak evészavarok kialakulásához. A PCOS-ban szenvedő betegek fiziológiai mechanizmusait vizsgáló kutatás keretében azt találták, hogy az érintettek szervezetében csökkent mértékben bocsátódik ki a teltségérzetért felelős kolecsiztokinin, ami szélsőséges étvágyhoz és falásrohamokhoz vezethet (33).

### **Egyéb pszichés kórképek**

Egy svéd kutatásban azt vizsgálták, hogy milyen összefüggés mutatható ki a PCOS és egyéb klinikailag jelentős pszichés tünetek, illetve pszichiátriai diagnózisok között (34). Azt találták, hogy a vizsgált betegek esetében a major depresszív epizód és a rekurrens major depresszív epizód életprevalenciája messze meghaladja a populációs értéket, valamint hétszer valószínűbb az öngyilkossági kísérlet előfordulása. Szorongásos zavarok is gyakran fordultak elő, főleg szociális fóbia és generalizált szorongás volt jellemző. Szignifikánsan gyakoribb előfordulást találtak továbbá az evészavarok terén is, de a várakozásokkal ellentétben ezen belül nem mutatkozott szignifikáns túlsúly a bulimiát illetően.

Egy friss brazil kutatás egy lényegesen nagyobb mintán hasonló eredményekre jutott (35). A vizsgált PCOS betegek 57%-ánál legalább egy pszichiátriai diagnózis volt megállapítható, amelyek közül a hangulatzavarok előfordulása volt a leggyakoribb. Kutatásukban a két leggyakoribb diagnózis a major depresszió (26%) és a bipoláris zavar (11%) volt. *Elsenbruch és mtsai* (11) német mintán végzett felmérése szintén azt igazolja, hogy PCOS esetében azonosíthatóak klinikailag jelentős pszichiátriai tünetek a betegeknél. A kutatócsoport a SCL-90 klinikai tünetlistát (36) alkalmazva azt az eredményt kapta, hogy a pácienseknél magasabb értékek jelentek meg az obszesszív-kompulzív zavar, az interperszonális szenzitivitás, a depresszió és a pszichoticizmus skálákon.

## A PCOS pszichoszociális háttere

### A női szerep

A kutatások arra utalnak, hogy a PCOS-ban szenvedő nők, megítélésük szerint, külsejük miatt képtelenek alkalmazkodni a nőkre általánosan érvényes szociális normákhoz, és az ilyen jellegű konformitás hiányának következtében sérül a női identitásuk, de ez a jelenség nehezen megragadható standardizált módszerekkel vagy mérőeszközökkel (13). A PCOS tünetei többnyire abban az életkorban manifesztálódnak, amikor a nők számára a párválasztás és a házasság fontos szerepet tölt be, ezért a külsővel és nőiességgel kapcsolatos változások fokozottan okozhatnak pszichológiai distresszt az érintetteknek (11). A három leggyakrabban említett, legzavaróbbnak ítélt tünet a szőrnövekedés, a menstruáció zavara vagy hiánya és a meddőség. Ennek eredményeként a PCOS-val érintett nők többsége kifejezi, hogy különbözőnek érzi magát nőtársaitól, valamint kevésbé érzi magát nőiesnek (14).

Keegan (10) irodalmi áttekintésében, a hirsutizmus pszichológiai elemzése során arra a következtetésre jut, hogy az arcszőrzet megjelenése a női arcon a nemek közötti határok szimbolikus áthágását jelképezi, mivel az arcszőrzet egyike a lényegi, látható különbségeknek férfi és nő között. A szerző szerint a társadalomban megjelenő, szociális megítélés alapján egyrészt a femininitás elhanyagolásával vagy megtagadásával jár együtt, másrészt a leszbikusság, mint szexuális identitás nyílt vállalására is utalhat. Egyes kutatók felhívják a figyelmet arra, hogy manapság a média is nagyon erős elvárásokat közvetít a nők felé, melyeknek a PCOS okozta nehézségek hiányában is nagyon nehéz megfelelni. Úgy gondolják ezért, hogy a PCOS során felmerülő pszichés tünetek és komorbiditás (főleg a szorongás) a női társadalomba történő beilleszkedésre való törekvés sikertelenségére vezethető vissza, hiszen a páciensek – a tünetek miatt – még kevésbé tudnak megfelelni a manapság erőteljesen reprezentált nőideálnak (14).

### Az egészséggel való elégedettség és jóllét

A PCOS pszichoszociális hatásait az *élettel való elégedettség* fogalmán keresztül is meg lehet becsülni (8). Az eddigi kutatások szerint a külsőben bekövetkező változások – főleg az elhízás, a bőrproblémák és az arcon bekövetkező szőrnövekedés – mind kihatással voltak a páciensek élettel való elégedettségére (13). A problémát okozó területek azonosítására megalkották a Policisztás Ovárium Szindróma Kérdőívet (*Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire, PCOSQ*; [37]), amely 100, a betegségben szenvedő nő válaszai alapján a szindróma különböző, fontosnak ítélt aspektusait emeli ki. Faktoranalízis útján a kutatók 5 dimenziót különítettek el, amelyek az emóciók, a szőrnövekedés, a súlyproblémák, a menstruációs problémák, és a meddőség. Fontos megemlíteni, hogy a 10 leglényegesebbnek ítélt tétel mind a külsővel és a megjelenéssel kapcsolatos problémákat foglalja magába. A kutatások igazolták a PCOSQ megfelelő reliabilitását és validitását (38). A mérőeszköz segít megítélni azt is, hogy az érintett milyen mértékben szenved a betegség tüneteitől, illetve hogy melyek a számára kiemelten problémás területek. Ezen adatok segítséget nyújthatnak a szakembernek a terápia megtervezésében.

Egyes kutatások a kultúrközi különbségekre hívják fel a figyelmet. Osztrák nőkkel összehasonlítva a brazil nők többet aggodalmaskodtak az arcon jelentkező szőrösödés miatt, míg a muszlim nők számára a menstruációs és meddőségi tünetek okozták a legnagyobb problémát (8). Azon kultúrák esetében, ahol a gyerekvállalás erős elvárás a nők felé, ott a meddőség közvetlen módon is hatással van a szubjektíven megélt női szerepkörre, és ezáltal az élettel való elégedettségre.

### A PCOS terápiás lehetőségei

A fenti összefoglaló alapján láthatjuk, hogy a PCOS-ban szenvedő nők sokrétű és súlyos pszichés problémának vannak kitéve. Ilyen a depresszió, a szorongásos problémák, az interper-

szonális szenzitivitás, a testtel való elégedetlenség, illetve ebből adódóan hangulati ingadozások, evészavar, a szexuális élet zavara, s végül mindennek következményeként az étellel való alacsony elégedettség. Mindemellett és ezekkel összefüggésben, a betegség főbb tünetei – állandó súlyproblémák, meddőség, hiperandrogenizáció okozta haj-, szőr- és bőrproblémák – a nőiesség mivoltát, és ezen keresztül az érintettek önbecsülését támadják. Ezzel összefüggésben a PCOS terápiájának a biológiai tényezők mellett, a pszichés tünetek enyhítését is meg kell céloznia.

### **Diéta és testedzés**

Az elhízás egy speciális kezelési kihívást jelent a szakemberek számára. Egyrészt igaz, hogy az egészséges testsúly nem csak fizikai, hanem lelki előnyökkel is jár a páciens számára, ugyanakkor megkérdőjelezhető a szigorú szabályozások hatékonysága, hiszen a PCOS-ban szenvedő nők táplálkozási szokásai – erős, külsőre irányuló fókuszuk miatt – hamar átcsaphat a problémás övezetbe, falásrohamokat, evészavarokat eredményezve.

Az inzulinrezisztencia csökkentését megcélzó terápiák esetében elengedhetetlen a teljes életmódváltás. A rendszeres testedzés és a diétázás nem csak a testsúly csökkenéséhez, de a szervezet inzulin iránti érzékenységének növeléséhez is hozzájárul. Emellett, újabban a 2. típusú diabétesz kezelésében alkalmazott, Metforminnal történő gyógyszeres terápiák sok sikerrel kecsegtetnek, mind az inzulinrezisztencia, mind pedig a meddőséggel való küzdelem elősegítésében (39, 40).

Egyes eredmények szerint az alacsony kalória és magas protein diéták segítségével a PCOS páciensek sikeresen tudták tartani súlyukat, más kutatások szerint az általános kalória-bevitel csökkentése fontosabbnak bizonyult, mint a speciális restriktiók. *Galletly és mtsai* (41) 16 héten át alkalmaztak diétát PCOS-ban szenvedő nők esetében. Két csoportot különítettek el: az alacsony protein/magas szénhidrát, és a magas protein/alacsony szénhidrát tartalmú diétát al-

kalmazókat. Mindemellett mindkét csoport ugyanabban az edzéstervben részesült. A két csoport közül csak a magas protein/alacsony szénhidrát tartalmú diétát fogyasztók esetében csökkent a depresszió és nőtt az önbecsülés; súlyváltozás azonban egyik csoportban sem történt. Egy másik kutatásban a glikémiás index (GI, eredetileg cukorbetegek vércukorszintjének ellenőrzésére kifejlesztett mutató, amely azt jelzi, hogy milyen gyorsan szívódik fel az adott ételmszerben jelenlévő szénhidrát a szervezetben) fontosságát hangsúlyozták a PCOS-ban szenvedők diétájának összeállításában. Az alacsony glikémiás értékű táplálék hosszú távon a résztvevők kétharmadánál csökkentette a szénhidrátok iránti sóvárgást, a hipoglikémiát, a fáradtságot és éhséget (42).

Végül pedig fontos kiemelni a rendszeres testedzés fontosságát. Azon PCOS páciensek, akiknek sikerült mindennapjaikba beépíteni a rendszeres mozgást, a súlycsökkenés mellett a hangulati ingadozások csökkenéséről, a depresszió és a szorongás javulásáról számoltak be, valamint általánosan javult az étellel és testképpel való elégedettségük is (43).

### **Kozmetikai beavatkozások**

A PCOS során jelentkező bőrgyógyászati szövődmények kozmetológiai beavatkozással történő enyhítése bizonyítottan jótékony hatással van a pszichoszociális jólétre, eredményes kezelésükkel jelentős életminőség-javulás érhető el (lásd magyar nyelven összefoglaló: [44]). A pattanásos bőr és az erős szőrnövekedés hatékonyan kezelhető fogamzásgátlók szedésével (45). Újabb kutatások szerint azonban a fogamzásgátlók szedése hosszú távon sikertelennek bizonyult, valamint nem nyújtanak megoldást a meddőség párhuzamos kezelésének esetében sem, ezért az antiandrogének szedése javasolt (46).

Egyes eredmények szerint azonban a nem kémiai szintű beavatkozások, mint az epilálás, borotválás, vagy lézeres szőrtelenítés és egyéb kozmetikai beavatkozások is – tekintet nélkül tartósságukra – szinte azonnal növelik a psi-

choszociális jóllétet, az önbizalmat és csökkenti a depresszió tüneteit (45).

Sok esetben a belgyógyászati tünetek mellett háttérbe szorul a bőrgyógyászati problémák orvoslása, holott azok gyakran nagyobb mértékben befolyásolják a betegek pszichés jóllétét (13). Mindemellett viszonylag gyorsan hatásos, tartós eredményeket lehet elérni, ezért ajánlatos a beteg tájékoztatása során ezen terápiás lehetőségek ismertetésére is időt szánni.

## Pszichoterápia

Nagyon kevés kutatás készült a PCOS esetében alkalmazott pszichoterápiás lehetőségekkel kapcsolatosan. *Rofey* (47) serdülőknél alkalmazott kognitív viselkedésterápia hatékonyságát vizsgálta, s eredményei szerint a vizsgált fiataloknál csökkent a depresszió mértéke és a testsúlyszabályozás terén is tudtak eredményeket elérni. Ez a terület mindazonáltal a jövőben több kutatást igényel és esetleg egy olyan komplex terápiás program kidolgozását, amely a testsúlycsökkentést, a depressziót, az önértékelési problémákat együttesen célozza meg. Tekintve, hogy több kutató is a teljes életmódváltozás szükségességére mellett érvel (48,49), a pszichoterápiás beavatkozások vagy pszichoszociális

segítés szükségessége mindenképp kiemelten fontosnak látszik.

## Összefoglalás

A fenti áttekintés rámutatott, hogy PCOS kezelésében a fizikai tünetek enyhítése mellett fontos a pszichés tényezők figyelembevétele és kezelése is. Mivel a bemutatott kutatások eredményei azt sugallják, hogy a lelki problémák nem minden esetben vezethetők vissza fiziológiai tényezőkre, elengedhetetlen a mentális egészséget veszélyeztető tünetek kezelése és szűrése. Így fontos a terápia sikeressége érdekében a depresszív, szorongásos tünetek azonosítása, az étkezési szokások figyelemmel kísérése, a testképpel való elégedetlenség felmérése, s egyúttal a külsővel kapcsolatos (bőr, szőrösödés, hízás) aggodalmak monitorozása, illetve mindezek tervezett kezelése. A PCOS kezelése komplex feladat, melyben a belgyógyász mellett nőgyógyász, endokrinológus, bőrgyógyász, dietetikus szakember és pszichológus közreműködése szükséges. A farmakoterápiát kiegészítő pszichoterápia sok esetben hatékonyabbnak bizonyul az általános étellel való elégedettség növelésében és a betegséggel való megküzdésben.

## Irodalom

- BAPTISTE CG, BATTISTA MC, TROTTIER A, BAILLARGEON JP: Insulin and hyperandrogenism in women with polycystic ovary syndrome. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2010; 122(1-3): 42-52.
- ADALI E, YILDIZHAN R, KURDOGLU M, KOLUSARI A, EDIRNE T, SAHIN HG ÉS MTSAI: The Relationship between Clinico-biochemical Characteristics and Psychiatric Distress in young Women with Polycystic Ovary Syndrome. *J Int Med Res* 2008; 36(6): 1188-1196.
- SCHWEIGER U, ORTMANN O: Das Syndrom der polyzystischen Ovarien – Neuroendokrinologie, metabolisches Syndrom und psychische Störungen. *Gynäkologie* 2002; 35: 36-40.
- ODDENS BJ, DEN TONKELAAR I, NIEUWENHUYSE H: Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Hum Reprod* 1999; 14(1): 255-261.
- RASGON NL, RAO RC, HWANG S, ALTSHULER LL, ELMAN S, ZUCKERBROW-MILLER J ÉS MTSAI: Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J Affect Disord* 2003; 74(3): 299-304.
- ELSENBRUCH S, BENSON S, HAHN S, TAN S, MANN K, PLEGER K ÉS MTSAI: Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod* 2006; 21(4): 1092-1099.
- ESLER DM, TRAVERS CA, GUTTIKONDA K, DIXON A, LEWIS PR: The psychosocial experience of women with PCOS – a case study. *Aust Fam Physician* 2007; 36(11): 965-967.
- HIMELEIN MJ, THATCHER SS: Polycystic Ovary Syndrome and Mental Health: A Review. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61(11): 723-731.
- WEINER CL, PRIMEAU M, EHRMANN DA: Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med* 2004; 66(3): 356-362.
- KEEGAN A, LIAO LM, BOYLE M: 'Hirsutism': A Psychological Analysis. *J Health Psychol* 2003; 8(3): 327-345.
- ELSENBRUCH S, HAHN S, KOWALSKY D, ÖFFNER AH, SCHEDLOWSKI M, MANN K ÉS MTSAI: Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88(12): 5801-5807.
- GUYATT G, WEAVER B, CRONIN L, DOOLEY JA, AZZIZ R: Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome, a self-administered questionnaire, was validated. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(12): 1279-1287.

13. HAHN S, JANSSEN OE, TAN S, PLEGER K, MANN K, SCHEDLOWSKI M ÉS MTSAI: Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol* 2005; 153(6): 853–860.
14. KITZINGER C, WILLMOTT J: The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med* 2002; 54(3): 349–361.
15. WILLMOTT J: The experiences of women with polycystic ovarian syndrome. *Fem Psychol* 2000; 10: 107–116.
16. EKBACK M, WIJMA K, BENZEIN E: „It Is Always on My Mind”: Women's Experiences of Their Bodies When Living With Hirsutism. *Health Care Women Int* 2009; 30(5): 358–372.
17. LIPTON MG, SHERR L, ELFORD J, RUSTIN MH, CLAYTON WJ: Women living with facial hair: the psychological and behavioral burden. *J Psychosom Res* 2006; 61(3): 161–168.
18. MEYER A, ZERSSEN DV: A psychological investigation of women with so-called idiopathic hirsutism. *Psychosom Res* 1960; 4: 206–235.
19. BOSINSKI HA, PETER M, BONATZ G, ARNDT R, HEIDENREICH M, SIPPPELL WG ÉS MTSAI: A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinol* 1997; 22(5): 361–380.
20. CONAGLEN HM, CONAGLEN JV: Sexual desire in women presenting for antiandrogen therapy. *J Sex Marital Ther* 2003; 29(4): 255–267.
21. AZZIZ R, WOODS KS, REYN R, KEY TJ, KNOCHENHAUER ES, YILDIZ BO: The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89(6): 2745–2749.
22. ROBERTS RE, DELEGER S, STRAWBRIDGE WJ, KAPLAN GA: Prospective association between obesity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat metab Disord* 2003; 27(4): 514–521.
23. WARDLE J, COOKE L: The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2005; 19(3): 421–440.
24. MARKOWITZ S, FRIEDMAN MA, ARENT SM: Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. *Clin Psychol* 2008; 15(1): 1–20.
25. BENSON S, HAHN S, TAN S, MANN K, JANSSEN OE, SCHEDLOWSKI M ÉS MTSAI: Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod* 2009; 24(6): 1446–1451.
26. YAZICI K, BAZ K, YAZICI AE, KÖKTÜRK A, TOT S, DEMIRSEREN D ÉS MTSAI: Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18(4): 435–439.
27. PETRY NM, BARRY D, PIETRZAK RH, WAGNER JA: Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 2008; 70(3): 288–297.
28. LECHNER L, BOLMAN C, VAN DALEN A: Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod* 2007; 22(1): 288–294.
29. POLIVY J, HERMAN CP: Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 187–213.
30. JAHANFAR S, EDEN JA, NGUYENT TV: Bulimia nervosa and the polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol* 1995; 9(2): 113–117.
31. RAPHAEL FJ, RODIN DA, PEATTIE A, BANO G, KENT A, NUSSEY SS ÉS MTSAI: Ovarian morphology and insulin sensitivity in women with bulimia nervosa. *Clin Endocrinol* 1995; 43(4): 451–455.
32. MORGAN J, SCHOLTZ S, LACEY H, CONWAY G: The Prevalence of Eating Disorders in Women with Facial Hirsutism: An Epidemiological Cohort Study. *Int J Eat Disord* 2008; 41(5): 427–431.
33. HIRSCHBERG AL, NAESSÉN S, STRIDSBERG M, BYSTRÖM B, HOLTET J: Impaired cholecystokinin secretion and disturbed appetite regulation in women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2004; 19(2): 79–87.
34. MANSSON M, HOLTE J, LANDIN-WILHELMSEN K, DAHLGREN E, JOHANSSON A, LANDÉN M: Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious – A case control study. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33(8): 1132–1138.
35. RASSI A, VERAS AB, DOS REIS M, PASTORE DL, BRUNO LM, BRUNO RV ÉS MTSAI: Prevalence of psychiatric disorders in patients with polycystic ovary syndrome. *Compr Psychiatry* 2010; 51(6): 599–602.
36. DEROGATIS LR: Administration, Scoring and Procedures Manual. *Clinical Psychometric Research*. Baltimore, 1983.
37. CRONIN L, GUYATT G, GRIFFITH L, WONG E, AZZIZ R, FUTTERWEIT W ÉS MTSAI: Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83(6): 1976–1987.
38. JONES GL, BENES K, CLARK TL, DENHAM R, HOLDER MG, HAYNES TJ ÉS MTSAI: The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. *Hum Reprod* 2004; 19(2): 371–377.
39. HAHN S, BENSON S, EISENBRUCH S, PLEGER K, TAN S, MANN K ÉS MTSAI: Metformin treatment of polycystic ovary syndrome improves health-related quality-of-life, emotional distress and sexuality. *Hum Reprod* 2006; 21(7): 1925–1934.
40. COLOMBO O, PINELLI G, COMELLI M, MARCHETTI P, SIERI S, BRIGHENTI F ÉS MTSAI: Dietary intakes in infertile women: a pilot study. *Nutr J* 2009; 8(53): 28–32.
41. GALLETLY C, MORAN L, NOAKES M, CLIFTON P, TOMLINSON L, NORMAN R: Psychological benefits of a high-protein, low-carbohydrate diet in obese women with polycystic ovary syndrome – A pilot study. *Appetite* 2007; 49(3): 590–593.
42. HERRIOT AM, WHITDROFT S, JEANES Y: An retrospective audit of patients with polycystic ovary syndrome: the effects of a reduced glycaemic load diet. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21(4): 337–345.
43. LAMB JD, JOHNSTONE EB, ROUSSEAU JA, JONES CL, PASCH LA, CEDARS MI ÉS MTSAI: Physical activity in women with polycystic ovary syndrome: prevalence, predictor, and positive health associations. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204(4): 351–356.
44. TABÁK R, KEMÉNY L: A PCOS bőrgyógyászati szövődményei. In: Lakatos P, Speer G (szerk.): *Policisztás ovarium szindróma*, Budapest: Semmelweis Kiadó, 2009: 132–135.
45. ARCHER JS, CHANG RJ: Hirsutism and acne in polycystic ovary syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004; 18(5): 737–754.
46. SHAH D, PATEL S: Hirsutism. *Gynecol Endocrinol* 2009; 25(3): 140–148.
47. ROFEY DL, SZIGETHY EM, NOIL RB, DAHL RE, LOBST E, ARSLANIAN SA: Cognitive-Behavioral Therapy for Physical and Emotional Disturbances in Adolescent with Polycystic Ovary Syndrome: A Pilot Study. *J Pediatr Psychol* 2009; 34(2): 156–163.
48. NORMAN RJ, DAVIES MJ, LORD J, MORAN LJ: The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. *Trends Endocrinol Metab* 2002; 13(6): 251–257.
49. TEEDE H, DEEKS A, MORAN L: Polycystic Ovary Syndrome: A complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Med* 2010; 8(41).