
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 571

SECTIO D

2005

Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik dr hab. med. Andrzej Czernikiewicz
Department of Psychiatry Medical Academy in Białystok
Head: Andrzej Czernikiewicz, M.D., Ph.D.

ANNA AGNIESZKA TOMCZAK, DARIUSZ JUCHNOWICZ,
WŁODZIMIERZ CHRZANOWSKI

The Perimenopause – Related Anxiety and Depression Disorders

Zaburzenia lękowe i depresyjne u kobiet w okresie okołomenopauzalnym

Menopauza jest szczególnym okresem w życiu kobiety, w którym wygasaniu czynności germinatywnej i hormonalnej jajników towarzyszą zmiany ogólnoustrojowe obejmujące między innymi ośrodkowy układ nerwowy, a także stan psychiczny.

Objawy takie jak uderzenia gorąca - „wary”, nocne zlewne poty, bezsenność, niepokój, zmiany nastroju, nadmierna drażliwość, kłopoty z pamięcią i koncentracją ogólnie nazywamy „objawami wypadowymi”. Przypisuje się je postępującemu obniżaniu stężenia estrogenów. Wiek w którym pojawiają się powyższe objawy oraz czas ich utrzymywania się jest zmienny osobniczo.

Znaczne nasilenie objawów wypadowych w istotny sposób wpływa na jakość życia i zaburza codzienną aktywność.

Objawom wypadowym w wielu przypadkach towarzyszy występowanie zaburzeń psychicznych, przede wszystkim stanów depresyjnych i lękowych. Wśród 6000 ankietowanych w Wielkiej Brytanii kobiet w wieku od 45 do 54 lat blisko 30% respondentek zgłaszało takie objawy psychiczne jak rozdrażnienie, depresja, lęk, problemy z pamięcią, niezaradność [6].

W okresie menopauzy dochodzi do niekorzystnego zsumowania czynników biologicznych (zaburzenia hormonalne, współistniejące choroby somatyczne, stosowanie leków o działaniu depresjo i lękotwórczym) oraz czynników stresotwórczych, które sprzyjają wystąpieniu depresji i zaburzeń lękowych [8,10].

Do najbardziej traumatyzujących zdarzeń okresu okołomenopauzalnego należy odejście dzieci z domu po zakończeniu procesu wychowania (nazwane zespołem pustego gniazda), utrata bliskich (rozwód, choroba lub śmierć współmałżonka, śmierć innej bliskiej osoby) oraz utrata pracy.

Śmierć osoby bliskiej sprzyja ujawnianiu lęku przed własną śmiercią. Ten lęk dodatkowo potęgują dolegliwości związane z przekwitaniem lub ze współistniejącymi chorobami somatycznymi. Badacze o orientacji psychodynamicznej podkreślają szczególną rolę „aktualnych strat” w występowaniu zaburzeń depresyjnych i lękowych w tym okresie życia [7].

Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu zaburzeń depresyjnych i lękowych okresu przekwitania mogą wiązać się z tym, że część wczesnych objawów niedoboru estrogenów przypomina symptomatykę tych zaburzeń. Są to między innymi: bezsenność, zmiany nastroju, niepokój, drażliwość, kłopoty z koncentracją, zaburzenia pamięci, utrata libido. To powoduje, że zaburzenia depresyjne i lękowe pozostają nierozpoznane i co się z tym wiąże – nie leczone [1,2,9,11].

Współcześnie wszyscy autorzy są zgodni co do odrębności obrazu klinicznego i przebiegu części depresji okresu okołomenopauzalnego. Zazwyczaj występowanie takich objawów jak niepokój, lęk, pobudzenie psychoruchowe oraz niepowodzeń terapeutycznych wiąże ze zmianami hormonalnymi lub współistniejącymi chorobami somatycznymi.

Natomiast niewiele miejsca poświęca się w piśmiennictwie problematyce zaburzeń lękowych, które w równym stopniu jak depresja mogą wpływać inwalidyzująco na jakość życia kobiet w tym okresie.

- ocena rozpowszechnienia zaburzeń lękowych wśród kobiet w okresie okołomenopauzalnym
- porównanie rozpowszechnienia zaburzeń lękowych z rozpowszechnieniem zaburzeń depresyjnych w badanej grupie
- porównanie częstości występowania zaburzeń lękowych wśród pacjentek w okresie przed i pomenopauzalnym
- porównanie częstości występowania zaburzeń depresyjnych wśród pacjentek w okresie przed i pomenopauzalnym

MATERIAŁ I METODY

Kryterium kwalifikującym do grupy badanej był przedział wiekowy 42 – 60 rok życia oraz zgoda na udział w badaniu. Badaniem objęto 76 kobiet w wieku od 42 do 58 lat (średnio 49,8).

Wykluczono pacjentki zażywające hormonalną terapię zastępczą, leki o działaniu psychotropowym oraz kobiety u których menopauza została wywołana sztucznie.

Rozpoznanie stawiano na podstawie przeprowadzonego badania psychiatrycznego oraz zebranego wywiadu posługując się wersją 10 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10.

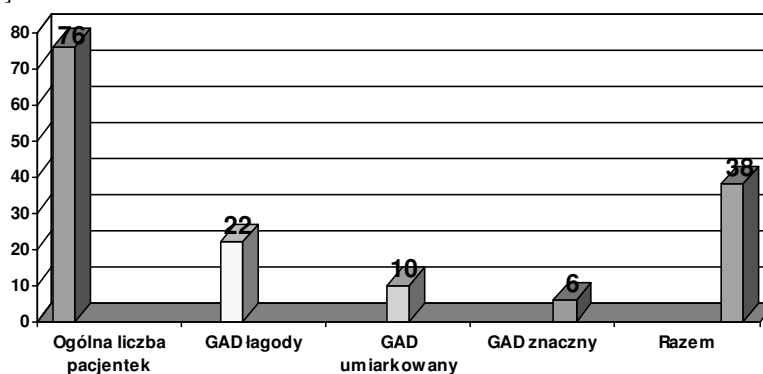
Stan psychiczny oceniano przy użyciu 24- stopniowej Skali Depresji wg Hamiltona (HAM – D), Skali Lęku wg Hamiltona (HAM – A), Skali Ogólnej Oceny Klinicznej (CGI).

WYNIKI

W badanej grupie pacjentek (n = 76) u 22 rozpoznano zaburzenie lękowe uogólnione (GAD) łagodne (29%), u 10 umiarkowane (13%) i u 6 znacznie nasilone (6%). W sumie uogólnione zaburzenie lękowe (GAD) o różnym nasileniu rozpoznano u 38 pacjentek, co stanowi 50% grupy badanej.

Rozpoznanie stawiano według kryteriów ICD 10, natomiast natężenie objawów chorobowych określano przy użyciu Skali Ogólnej Oceny Klinicznej CGI.

Pacjentkom, które w skali HAM-A uzyskały minimum 17 punktów oraz w punkcie 1 – *nastrój lękowy* i 2 – *napięcie*, minimum dwa punkty rozpoznawano zaburzenie lękowe łagodnie nasilone. Uzyskanie przez pacjentkę minimum 25 punktów w skali HAM-A upoważniało do rozpoznania zaburzenia lękowego umiarkowanie nasilonego, a minimum 31 punktów zaburzenia lękowego znacznie nasilonego [3,5].



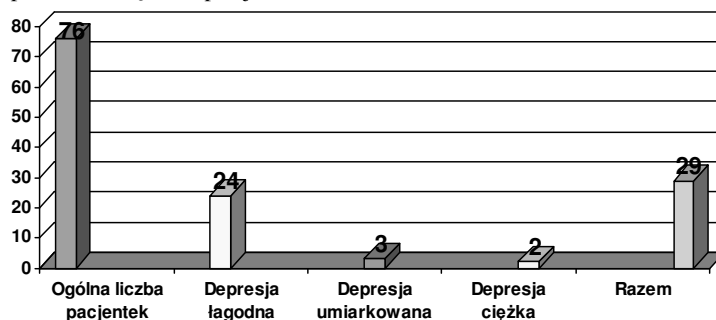
Wykres 1. Liczba pacjentek u których rozpoznano zaburzenie lękowe uogólnione (GAD) w zależności od nasilenia objawów chorobowych

Depresję rozpoznano u 29 pacjentek (38%). W tym u 24 depresję łagodną (31%), u 3 umiarkowaną (4%) i u 2 ciężką (3%). Rozpoznanie stawiano zgodnie z kryteriami ICD 10. Do oceny stopnia nasilenia depresji posłużono się 24 - stopniową Skalą Depresji wg Hamiltona [4].

Interpretacja wyników:

- 0 - 7 punktów - brak / pogranicze depresji

- 8 - 17 punktów - łagodna depresja
- 18 - 25 punktów - umiarkowana depresja
- powyżej 25 punktów - ciężka depresja

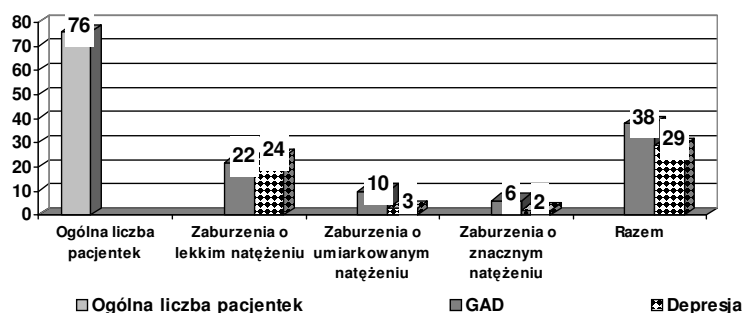


Wykres 2. Liczba pacjentek u których rozpoznano depresję w zależności od jej nasilenia

U 23 pacjentek równocześnie rozpoznano depresję i zaburzenie lękowe uogólnione (GAD) – stanowiło to 30% badanej grupy.

U 3 pacjentek rozpoznano agorafobię (4%).

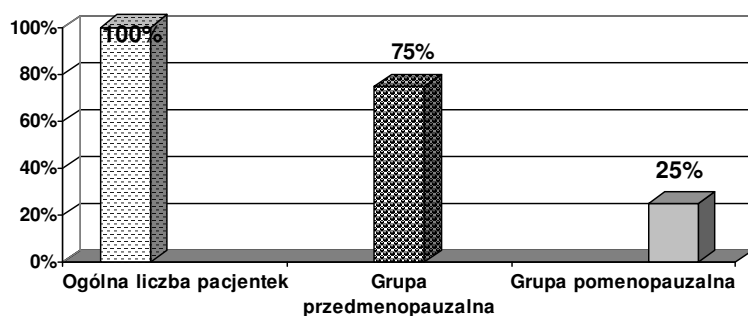
Porównano rozpowszechnienie występowania depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD) w zależności od nasilenia objawów chorobowych. Najczęściej stwierdzono występowanie zaburzeń o natężeniu lekkim (GAD łagodnie nasilony – 22 pacjentki, 29%; depresja łagodna – 24 pacjentki, 31%), w drugiej kolejności o natężeniu umiarkowanym (GAD umiarkowanie nasilony – 10 pacjentek, 13%; depresja umiarkowana – 3 pacjentki, 4%), na końcu o natężeniu znacznym (GAD znacznie nasilony – 6 pacjentek, 8%; depresja ciężka – 2 pacjentki, 3%).



Wykres 3. Porównanie rozpowszechnienia występowania depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD) w zależności od nasilenia objawów chorobowych

Dokonano podziału grupy badanej na pacjentki:

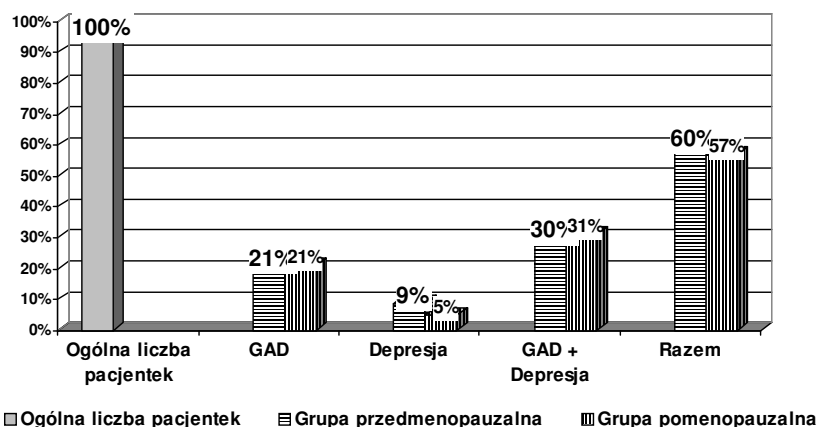
- w okresie przedmenopauzalnym (po 42 roku życia) – 57 pacjentek (75%)
- w okresie pomenopauzalnym (minimum sześć miesięcy od ostatniego krwawienia miesięcznego) – 19 pacjentek (25%)



Wykres 4. Podział grupy badanej na kobiety w okresie przed i pomenopauzalnym

Dokonano porównania rozpowszechnienia występowania uogólnionych zaburzeń lękowych (GAD) i zaburzeń depresyjnych w zależności od podziału pacjentek na grupę przed i pomenopauzalną. W grupie przedmenopauzalnej GAD rozpoznano u 12 kobiet (21%), depresję u 5 (9%), GAD z depresją u 17 (30%). Łącznie zaburzenia stwierdzono u 34 kobiet (60%).

W grupie pomenopauzalnej GAD rozpoznano u 4 kobiet (21%), depresję u 1 (5%), GAD z depresją u 6 (31%). Łącznie zaburzenia stwierdzono u 11 kobiet (57%).

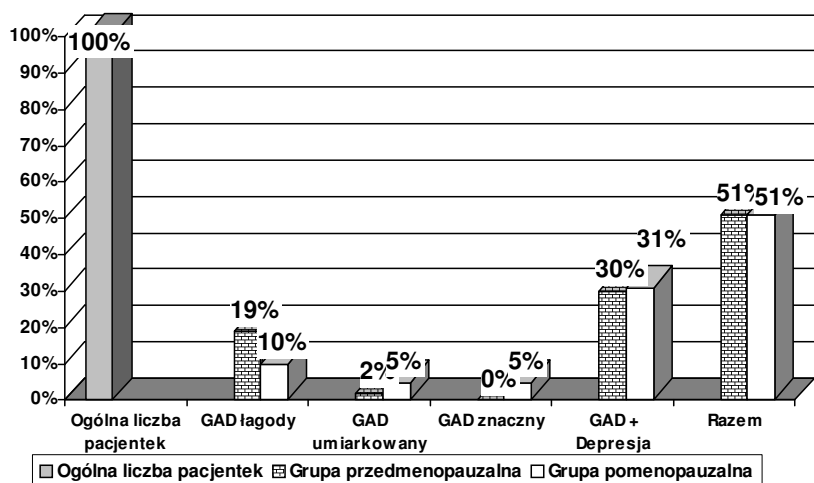


Wykres 5. Porównanie rozpowszechnienia występowania uogólnionych zaburzeń lękowych (GAD) i zaburzeń depresyjnych w zależności od podziału pacjentek na grupę przed i pomenopauzalną

Oceniono rozpowszechnienie uogólnionych zaburzeń lękowych w zależności od nasilenia objawów chorobowych oraz przy uwzględnieniu podziału kobiet na grupę przed i pomenopauzalną. W grupie przedmenopauzalnej GAD łagodnie nasilony stwierdzono u 11 pacjentek (19%), GAD umiarkowanie nasilony u 1 (2%), nie stwierdzono GAD znacznie nasilonego, GAD z depresją u 17 (30%).

W grupie pomenopauzalnej GAD łagodnie nasilony stwierdzono u 2 pacjentek (10%), GAD umiarkowanie nasilony u 1 (5%), GAD znacznie nasilony u 1 (5%), GAD z depresją u 6 (31%).

Łącznie w obu grupach stwierdzono jednakowe rozpowszechnienie zaburzeń lękowych wynoszące 51%.

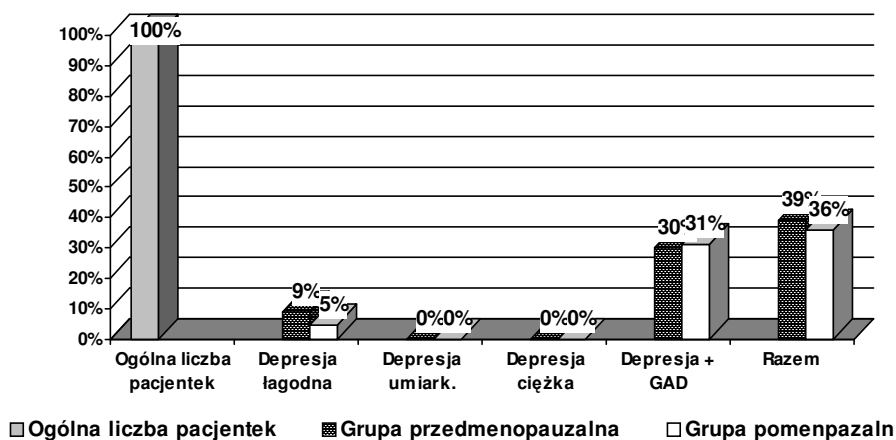


Wykres 6. Rozpowszechnienie uogólnionych zaburzeń lękowych (GAD) w zależności od nasilenia objawów chorobowych i podziału kobiet na grupę przed i pomenopauzalną

Oceniono rozpowszechnienie depresji w zależności od jej nasilenia oraz przy uwzględnieniu podziału kobiet na grupę przed i pomenopauzalną. W grupie przedmenopauzalnej depresję łagodną stwierdzono u 5 pacjentek (9%), nie stwierdzono depresji umiarkowanej ani ciężkiej, jednocześnie wystąpienie depresji i GAD u 17 pacjentek (30%).

W grupie pomenopauzalnej depresję łagodną stwierdzono u 1 pacjentki (5%), nie stwierdzono depresji umiarkowanej ani ciężkiej, jednocześnie wystąpienie depresji i GAD u 6 pacjentek (31%).

Łącznie w grupie przedmenopauzalnej stwierdzono rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wynoszące 39%. Było ono wyższe o 3% w porównaniu do grupy pomenopauzalnej, w której wyniosło ono 36%.



Wykres 7. Rozpowszechnienie depresji w zależności od jej nasilenia i podziału na grupę przed i pomenopauzalną

WNIOSKI

1. U 50% pacjentek z badanej grupy (n = 76) stwierdzono występowanie uogólnionych zaburzeń lękowych (GAD) o różnym nasileniu (38 pacjentek). Depresję rozpoznano u 38% (29 pacjentek).
2. Stwierdzono częste współwystępowanie zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD) i depresji – 23 pacjentki (30%).

3. Porównano rozpowszechnienie występowania depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD) w zależności od nasilenia objawów chorobowych. Najczęściej stwierdzono występowanie zaburzeń o natężeniu lekkim (GAD łagodnie nasilony – 22 pacjentki, 29%; depresja łagodna – 24 pacjentki, 31%).
4. Nie stwierdzono wyraźnych różnic w rozpowszechnieniu występowania uogólnionych zaburzeń lękowych i zaburzeń depresyjnych w zależności od podziału pacjentek na grupę przed i pomenopauzalną. W grupie przedmenopauzalnej łącznie zaburzenia stwierdzono u 34 kobiet (60%). W grupie pomenopauzalnej łącznie zaburzenia stwierdzono u 11 kobiet (57%).
5. Łącznie w obu grupach (przed i pomenopauzalnej) stwierdzono jednakowe rozpowszechnienie uogólnionych zaburzeń lękowych wynoszące 51%.
6. Łącznie w grupie przedmenopauzalnej stwierdzono rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wynoszące 39%. Było ono nieznacznie wyższe w porównaniu do grupy pomenopauzalnej, w której wyniosło ono 36%.

PIŚMIENNICTWO

1. Baron J., Baron J.: Zarys endokrynologii ginekologicznej i położniczej. PZWL, Warszawa 1996.
2. Fink G., Sumner B.E., Rosie R. i wsp.: Estrogen control and central neurotransmission: effect on mood, mental state and memory. *Cell Mol Neurobiol* 1996, 16(3), 325-344.
3. Hamilton M.: The assesment of anxiety states by rating. *Br J Psychol* 1959, 32, 50-55.
4. Hamilton M.: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, 23, 56-62.
5. Hamilton M.: Diagnosis and rating of anxiety. *Br J Psychiatry* 1969 (special issue), 76-79.
6. Hunter M.S.: The SE England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas* 1992, 14, 117-126.
7. Krogulski S.: Część wczesnych objawów niedoboru estrogenów jest podobna do symptomów depresji. *Puls Medycyny* 2002, 9(36).
8. Krogulski S.: Zaburzenia psychiczne okresu okołomenopauzalnego - możliwości leczenia anty-homotoksycznego. *Medycyna Biologiczna* 1999, 3-4, 64-70.
9. Pawlikowski M. i wsp.: Leczenie hormonami i pochodnymi hormonów. PZWL, Warszawa 1996.
10. Puzyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1988.
11. Silva H.: Depression and climacteric. Clinical and neuroendocrinological aspects. *Rev Med Chil* 1993, 121(4), 434-438.

STRESZCZENIE

Badaniem objęto 76 kobiet w wieku od 42 do 58 lat. Wykluczono pacjentki zażywające hormonalną terapię zastępczą, leki o działaniu psychotropowym oraz kobiety u których menopauza została wywołana sztucznie. Rozpoznanie stawiano na podstawie przeprowadzonego badania psychiatrycznego oraz zebranego wywiadu posługując się wersją 10 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10. Stan psychiczny oceniano przy użyciu 24- stopniowej Skali Depresji wg Hamiltona (HAM – D), Skali Lęku wg Hamiltona (HAM – A), Skali Ogólnej Oceny Klinicznej (CGI).

SUMMARY

The study was conducted in 76 women between 42 and 58 years of age. Patients with hormone replacement therapy, psychotropic therapy or after surgical menopause were excluded from the study. Diagnoses were given according to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. HAM-D, HAM-A and CGI scales were used for evaluation of mental state.