

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,
REGINA POPLAWSKA, WŁODZIMIERZ CHRZANOWSKI

***Correlations Between Psychosocial and Environmental Problems
and Prevalence of Psychiatric Disorders***

Wpływ stresu psychospołecznego na częstość występowania zaburzeń psychicznych

Zaburzenia psychiczne stanowią istotną część obrazu klinicznego menopauzy. Ich występowanie oraz stopień nasilenia jest modulowany przez objawy wypadowe, cechy osobowości, współwystępowanie chorób somatycznych oraz sytuację społeczną pacjentek [5,13]. Sprzyja im niepewna sytuacja życiowa np.: zagrożenie utratą pracy, samotność, choroba własna lub członka rodziny [6,7,9].

W okresie okołomenopauzalnym dochodzi do niekorzystnego zsumowania czynników biologicznych (zaburzenia hormonalne, współistniejące choroby somatyczne, stosowanie leków o działaniu depresyjnym i lękotwórczym) oraz czynników stresotwórczych, które sprzyjają wystąpieniu depresji i zaburzeń lękowych [7,9].

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. „Aktualne straty” będące źródłami stresu mogą odgrywać istotną rolę w pojawieniu się niskiej samooceny, niewiary we własne siły i możliwości, negatywnej oceny własnego postępowania i przyszłości, poczuciu osamotnienia, a nawet odrzucenia.

Zgodnie z kognitywnym modelem depresji, opracowanym przez A. Becka, tego typu negatywne myślenie może doprowadzić do wystąpienia nastroju depresyjnego i lęku. W modelu tym pierwotne zaburzenie dotyczy myślenia (specyficzny pogląd na siebie i relacje z otoczeniem), natomiast zaburzenia nastroju są wtórne, jednak z chwilą pojawienia się depresji, następuje indukcja obu zjawisk [8].

Dane z piśmiennictwa potwierdzają istotny wpływ czynników społecznych i negatywnych zdarzeń życiowych na ten okres życia kobiety [3]. Murphy i wsp. w swoim badaniu stwierdzili znacząco wyższy odsetek raportowanych negatywnych zdarzeń życiowych wśród kobiet z depresją podczas 6 miesięcy poprzedzających wystąpienie depresji w porównaniu do grupy kontrolnej kobiet w wieku okołomenopauzalnym bez depresji. Dodatkowo, kobiety w okresie okołomenopauzalnym z depresją zgłaszały wyższy poziom niezadowolenia z małżeństwa niż w grupie kontrolnej. Dlatego jest możliwe, że negatywne zdarzenia życiowe i/lub nieprawidłowe relacje w małżeństwie przyczyniają się do wystąpienia lub ujawnienia depresji u kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Celem pracy było:

- ocena częstości występowania zaburzeń psychicznych w okresie okołomenopauzalnym
- scharakteryzowanie spektrum zaburzeń psychicznych u pacjentek w okresie okołomenopauzalnym
- ocena częstości występowania niekorzystnych zdarzeń życiowych w badanej grupie

Stwierdzenie, czy istnieją zależności między:

- zaburzeniami psychicznymi a nasileniem stresu psychospołecznego
- zaburzeniami psychicznymi a poszczególnymi niekorzystnymi zdarzeniami życiowymi

MATERIAŁ I METODY

Kryterium kwalifikującym do grupy badanej był przedział wiekowy 41 – 60 rok życia oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniu. Badaniem objęto 151 kobiet w wieku od 41 do 59 lat (średnio 49,4).

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 oraz Skali Lęku wg Hamiltona.

Oceny częstości występowania niekorzystnych zdarzeń życiowych w badanej grupie dokonano przy użyciu Skali Nasilenia Stresu Psychospołecznego dla Dorosłych wg DSM-III-R.

Do określenia korelacji między stwierdzanymi zaburzeniami psychicznymi a nasileniem stresu psychospołecznego oraz do oceny wpływu poszczególnych niekorzystnych zdarzeń życiowych na częstość występowania zaburzeń psychicznych posłużono się metodami analizy statystycznej.

Ocenę współzależności między cechami wykonano za pomocą testu dokładnego Fishera (dla tabel korelacyjnych 2x2), lub testu niezależności χ^2 (dla większych tabel korelacyjnych).

Porównania grup parami dokonano za pomocą testu wielokrotnych porównań NIR. W przypadku porównywania poziomu cech w dwóch grupach zastosowano test t-Studenta dla dwóch średnich.

Do oceny współzależności między cechami mierzalnymi wykorzystano współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Jego istotność oceniano testem t-Studenta dla współczynnika korelacji.

Obliczenia wykonano za pomocą programu statystycznego STATISTICA 6.0 PL [2,11,12].

WYNIKI

W analizowanej grupie ogółem obecność zaburzeń psychicznych stwierdzono u 43,7% kobiet (N=66), w tym zaburzenia depresyjne rozpoznano u 34,4% pacjentek (N=52), a zaburzenie lękowe uogólnione u 33,8% (N=51). U 24,5% kobiet (N=37) stwierdzono współwystępowanie depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego. (Tabela 1)

Tabela 1.

Badana grupa	N=151	100,0%
Stwierdzane zaburzenia psychiczne	66	43,7
Zaburzenia depresyjne	52	34,4
Zaburzenie lękowe uogólnione	51	33,8
Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych	37	24,5

Biorąc pod uwagę obecność, lub brak zaburzeń psychicznych (bez uwzględniania natężenia i rodzaju stwierdzonych zaburzeń), badaną grupę podzielono na:

- grupę Ch – 66 pacjentek (43,7%) – u których rozpoznano zaburzenia psychiczne
- grupę Z – 85 kobiet, które uznano za zdrowe (56,3%).

Zastosowanie Skali Nasilenia Stresu Psychospołecznego dla Dorosłych wg DSM-III-R polegało na określeniu przez lekarza badającego, na podstawie wywiadu zebranego od pacjentek, natężenia stresu psychospołecznego (dotyczącego zdarzeń z okresu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem) [1,4].

Stopień urazu psychicznego określa się według skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza „brak stresu psychicznego”, 6 najcięższy „skrajny stres”, a dodatkowy punkt 0 – „brak wystarczających danych, lub nie wystąpiły żadne zmiany sytuacji” [1,4]. Ze względu na niskie liczebności grup i w celu umożliwienia wiarygodnego wnioskowania dokonano podziału badanych na trzy grupy, w których stopień nasilenia stresu psychospołecznego został oceniony na: nieznaczny, umiarkowany i ciężki.

Różnice między badanymi grupami Ch i Z w ocenie stopnia nasilenia stresu psychospołecznego osiągnęły poziom istotny statystycznie ($p < 0,005$).

Natężenie stresu psychospołecznego nieznacznego stopnia najczęściej występowało w grupie Z – 41,2%, dla porównania w grupie Ch odsetek ten wyniósł 16,7%.

Stres psychospołeczny o umiarkowanym natężeniu wystąpił u zbliżonego odsetka pacjentek z grupy Ch i Z (odpowiednio 25,8% i 28,2%).

Natężenie stresu psychospołecznego ciężkie, najczęściej występowało w grupie Ch i wyniosło 57,6%, dla porównania w grupie Z wyniosło 30,6%. (Tabela 2)

Tabela 2. Ocena stopnia nasilenia czynników stresotwórczych przy użyciu Skali Nasilenia Stresu Psychospołecznego dla Dorosłych wg DSM-III-R

Stopień nasilenia	Zdrowe Grupa Z N=85 100%		Chore Grupa Ch N=66 100%	
Nieznacznym	N	35	11	
	%	41,2	16,7	
Umiarkowany	N	24	17	
	%	28,2	25,8	
Ciężki	N	26	38	
	%	30,6	57,6	
Ocena istotności różnic rozkładów p<		p<0,005		

Wyróżniono najczęściej zgłaszane przez pacjentki niekorzystne zdarzenia życiowe. Należała do nich: śmierć współmałżonka, rozwód, śmierć bliskiego członka rodziny, kontuzja lub choroba, wyrzucenie z pracy, przejście na emeryturę, zmiana stanu zdrowia członka rodziny, problemy seksualne, zmiana sytuacji finansowej, opuszczenie domu przez syna lub córkę, zaciągnięcie kredytu, zmiana rytmu snu.

Przy użyciu metod statystycznych oceniono wpływ wyżej wymienionych niekorzystnych zdarzeń życiowych na częstość występowania zaburzeń psychicznych.

Tabela 3. Najczęściej zgłaszane przez pacjentki niekorzystne zdarzenia życiowe

Niekorzystne zdarzenia życiowe		Zdrowe Grupa Z N=85 100%		Chore Grupa Ch N=66 100%		Ogółem N=151 100%
Śmierć współmałżonka	N %	1	3	4		
		1,2%	4,5%	2,6		
		p<0,3 NS				
Rozwód	N %	1	1	2		
		1,2%	1,5%	1,3		
		p<0,9 NS				
Śmierć bliskiego członka rodziny	N %	13	12	25		
		15,3%	18,2%	16,6		
		p<0,7 NS				
Kontuzja lub choroba	N %	40	45	85		
		47,1%	68,2%	56,3		
		p<0,01				
Wyrzucenie z pracy	N %	5	5	10		
		5,9%	7,6%	6,6		
		p<0,7 NS				
Przejście na emeryturę	N %	3	5	8		
		3,5%	7,6%	5,3		
		p<0,3 NS				
Zmiana stanu zdrowia członka rodziny	N %	8	19	27		
		9,4%	28,8%	17,9		
		p<0,005				
Problemy seksualne	N %	48	53	101		
		56,5%	80,3%	66,9		
		p<0,005				

Zmiana sytuacji finansowej	N %	11 12,9%	16 24,2%	27 17,9
		p<0,1 ~		
Opuszczenie domu przez syna lub córkę	N %	18 21,2%	9 13,6%	27 17,9
		p<0,3 NS		
Zaciągnięcie kredytu	N %	11 12,9%	12 18,2%	23 15,2
		p<0,4 NS		
Zmiana rytmu snu	N %	34 40,0%	53 80,3%	87 57,6
		p<0,001		

W tabeli 3 umieszczono najczęściej zgłaszane przez badane niekorzystne zdarzenia życiowe.

Stwierdzono istnienie zależności między obecnością zaburzeń psychicznych, a występowaniem następujących niekorzystnych zdarzeń życiowych: kontuzja lub choroba ($p<0,01$), zmiana stanu zdrowia członka rodziny ($p<0,005$), problemy seksualne ($p<0,005$), zmiana rytmu snu ($p<0,001$).

Współzależność na pograniczu istotności statystycznej ($p<0,1\sim$) stwierdzono pomiędzy występowaniem zmiany sytuacji finansowej, a obecnością zaburzeń psychicznych. (Tabela 3)

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników oraz danych literaturowych można stwierdzić, że zaburzenia psychiczne są ważną składową obrazu klinicznego okresu okołomenopauzalnego i są związane z częstotścią występowania niekorzystnych zdarzeń życiowych.

Obecność zaburzeń lękowych w tym okresie jest tak samo częsta jak zaburzeń depresyjnych, nie-rzadko spotyka się współwystępowanie obu tych stanów.

W analizowanej grupie ogółem obecność zaburzeń psychicznych stwierdzono u 43,7% kobiet. Zaburzenia depresyjne rozpoznano u 34,4% pacjentek, a zaburzenie lękowe uogólnione u 33,8%. U 24,5% kobiet stwierdzono współwystępowanie depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego.

W badanej populacji do najczęściej zgłaszanych niekorzystnych zdarzeń życiowych należała: śmierć współmałżonka, rozwód, śmierć bliskiego członka rodziny, kontuzja lub choroba, wyrzucenie z pracy, przejście na emeryturę, zmiana stanu zdrowia członka rodziny, problemy seksualne, zmiana sytuacji finansowej, opuszczenie domu przez syna lub córkę, zaciągnięcie kredytu, zmiana rytmu snu.

Stwierdzono istnienie zależności między obecnością zaburzeń psychicznych, a występowaniem następujących niekorzystnych zdarzeń życiowych: kontuzja lub choroba, zmiana stanu zdrowia członka rodziny, problemy seksualne, zmiana rytmu snu.

Współzależność na pograniczu istotności statystycznej stwierdzono pomiędzy występowaniem zmiany sytuacji finansowej, a obecnością zaburzeń psychicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. American Psychiatric Association, Washington, USA 1994.
2. Armitage P.: Metody statystyczne w badaniach medycznych. PZWL, Warszawa 1978.
3. Cook D.J., Greene J.C.: Types of life events in relation to symptoms at the climacterium. J Psychosom Res 1981, 25, 5-11.
4. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Psychiatria Kliniczna. Wyd. I polskie pod redakcją Sławomira Sidorowicza. Urban & Partner, Wrocław 1995.
5. Kaufert P.A., Gilbert P., Tate R.: The Manitoba Project: a re - examination of the link between menopause and depression. Maturitas 1992, 14(2), 143-155.
6. Krogulski S.: Część wczesnych objawów niedoboru estrogenów jest podobna do symptomów depresji. Puls Medycyny 2002, 9(36).
7. Krogulski S.: Zaburzenia psychiczne okresu okołomenopauzalnego - możliwości leczenia anty-homotoksycznego. Medycyna Biologiczna 1999, 3-4, 64-70.
8. Pużyński S.: Choroby afektywne. [w:] Bilikiewicz A.(red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1998, 267-282.
9. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1988.

10. Schmidt P.J., Roca C.A., Bloch M., Rubinow D.R.: The perimenopause and affective disorders. *Semin Reprod Endocrinol* 1997, 15(1), 91-100.
11. Stanisław A.: Przystępny kurs statystyki z wykorzystaniem programu STATISTICA PL na przykładach z medycyny. StatSoft Polska Sp. z o.o. Kraków 1998, 1.
12. Stanisław A.: Przystępny kurs statystyki z wykorzystaniem programu STATISTICA PL na przykładach z medycyny. StatSoft Polska Sp. z o.o. Kraków 2000, 2.
13. Steiner M.: Psychobiologiczne aspekty zespołu okołomenopauzalnego. [w:] Buchsbaum H.J.(red.): *Menopauza*. PZWL, Warszawa 1989, 161-170.

Skala Nasilenia Stresu Psychospołecznego dla dorosłych wg DSM-III-R

Sto- pień	Określenie	Przykłady urazów	
		Nagła przyczyna	Dłużej trwająca przyczyna
1	Nie występuje	Nie ma żadnych nagłych wydarzeń, które odegrałyby rolę w chorobie	Nie ma żadnych dłużej trwających okoliczności, które odegrałyby rolę w chorobie
2	Nieznaczny	Zerwanie z partnerem. Opuszczenie domu przez dziecko.	Kłótnie w rodzinie. Niezadowolenie z pracy.
3	Umiarkowany	Ślub. Separacja małżeńska. Utrata pracy. Przejście na emeryturę.	Konflikty małżeńskie. Poważne trudności finansowe. Kłopoty z przełożonymi w pracy. Wychowywanie dziecka w pojedynkę.
4	Ciężki	Rozwód.	Bezrobocie. Bieda.
5	Bardzo ciężki	Śmierć współmałżonka. Ciężka choroba fizyczna. Gwałt.	Poważna przewlekła choroba fizyczna własna lub dziecka. Nieustanne znęcanie się fizyczne i wykorzystywanie w pożyciu płciowym.
6	Skrajny	Śmierć dziecka. Samobójstwo współmałżonka. Znaczące straty w wyniku katastrofy.	Pojmanie za zakładnika.
0	Brak wystarczających danych lub nie wystąpiły żadne zmiany sytuacji		

Ocena obejmuje okres ostatnich 12 miesięcy sprzed badania. Brak stresu psychicznego otrzymuje wartość 1, najcięższy stres – 6.

STRESZCZENIE

Badaniem objęto 151 kobiet w wieku od 41 do 59 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) oraz Skali Lęku wg Hamiltona (HAM – A).

Oceny częstości występowania niekorzystnych zdarzeń życiowych w badanej grupie dokonano przy użyciu Skali Nasilenia Stresu Psychospołecznego dla Dorosłych wg DSM-III-R.

SUMMARY

The study was conducted in 151 women between 41 and 59 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 and HAM-A scales were used for evaluation of mental state.

The frequency of psychosocial or environmental problems were evaluated according DSM-III-R, Axis IV.