

Krystyna Sprawka, Adam Wysokiński, Agata Orzechowska,
Monika Talarowska-Bogusz, Dariusz Typel, Wojciech Gruszczyński
Klinika Psychiatrii Dorosłych II Katedry Chorób Układu Nerwowego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi

Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium

Depressive and anxiety disorders in menopause

Abstract

Introduction. The authors evaluated the influence of the menopause on developing depressive and anxiety disorders.

Material and methods. Forty women in the reproductive age and 80 women in the pre- or postmenopausal age were examined. The symptoms of menopause were assessed using Kupperman's index. The intensity of anxiety and depressive disorders was assessed using HADS scale.

Results. Depressive and anxiety disorders occur more often during menopausal period. Depressive and anxiety disorders are more often diagnosed among women in the postmenopausal age comparing to women in the premenopausal age. The intensity of depressive and anxiety disorders is the highest among women in the postmenopausal age.

Conclusions. Menopause is one of the factors that may have an influence on developing and on the intensity of depressive and anxiety disorders among women in the pre- and postmenopausal age. **Psychiatry 2008; 5: 99–104**

key words: depression, anxiety, menopause

Wstęp

Każdy człowiek doświadcza czasem smutku, żalu, rozpacz i przeżywa rozczarowania. Często ludzie, którzy mają za sobą bolesne doświadczenia życiowe, mówią, że są w depresji. Jednak, mimo że czasem brakuje im przekonania, nie rezygnują z podejmowania w swoim życiu różnych aktywności, a kiedy przydarzy im się coś dobrego, potrafią cieszyć się z tego. Uczucie smutku nie jest zatem chorobą. Depresja kliniczna zwykle jest czymś więcej niż tylko bolesnym doświadczeniem emocjonalnym. Jest zespołem objawów, które trwają dłużej niż powszechne uczucie przygnębienia, zaburzając życie emocjonalne, społeczne, procesy poznawcze, funkcje

biologiczne i powodując zmiany w zachowaniu człowieka.

Depresja jest problemem interdyscyplinarnym, w którego rozwiązaniu oprócz lekarzy psychiatrów powinni brać udział przedstawiciele innych specjalności, a także przedstawiciele dyscyplin pozamedycznych. Zaburzenia nastroju są jednymi z najczęstszych zaburzeń psychicznych — ich rozpowszechnienie w populacji ogólnej wynosi około 15%. Wskaźnik rozpowszechnienia u kobiet jest 2-krotnie wyższy niż u mężczyzn [1].

Stan hormonalny kobiet w okresie klimakterium odpowiedzialny jest za wiele objawów klinicznych, wynikających z procesu wygasania czynności endokrynej jajników. Duże znaczenie ma w tym procesie rola estrogenów, które są między innymi modyfikatorami nastroju u kobiet, a ich niedobór może spowodować pojawienie się zaburzeń depresyjnych [2]. Mimo że menopauza jest fizjologicznym okresem w życiu

Adres do korespondencji:

lek. med. Adam Wysokiński
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM,
Oddział XIB Szpitala im. J. Babińskiego
ul. Aleksandrowska 159, 91–229 Łódź
tel.: (0 42) 652 12 89
faks: (0 42) 640 50 52
e-mail: adam.wysokinski@gmail.com

każdej kobiety, często towarzyszy jej wiele objawów wpływających na samopoczucie psychiczne i ogólny stan zdrowia.

Wiele kobiet z lękiem myśli o zbliżającej się menopauzie. Obawiają się związanych z nią dolegliwości fizycznych, ale przede wszystkim traktują okres klimakterium jako koniec pełnowartościowego życia, początek starości. Jakość życia i kondycja biologiczna kobiet w okresie menopauzalnym i pomenopauzalnym w dużym stopniu zależą od stanu zdrowia i stylu życia w okresie poprzedzającym przekwitanie. Objawy psychoneurologiczne występują u prawie wszystkich kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Okres ten tradycyjnie postrzegany jest jako czas szczególnego narażenia na zaburzenia nastroju przy współwystępowaniu dodatkowych czynników sprawczych. Czynniki środowiskowe związane z okresem życia na jaki przypada okres klimakteryczny w dużym stopniu wpływają na psychikę kobiety. Cechy osobowości, takie jak nadpobudliwość, podatność na stres, niska samoocena sprzyjają wszelkim stanom przygnębienia [3]. Do typowych objawów psychicznych towarzyszących menopauzie należą: uczucie zmniejszonej energii (anergia), labilność nastroju, drażliwość (dysforia), stany napięcia, niepokój, zaburzenia snu, płaczliwość, zaburzenia koncentracji.

Z badań epidemiologicznych wynika, że największe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych wśród kobiet dotyczy wieku pre- i pomenopauzalnego [4], w okresie klimakterium stwierdza się największą liczbę hospitalizacji z powodu depresji [5, 6]. W badaniach prowadzonych w Kanadzie i Wielkiej Brytanii wykazano, że kobiety w tej fazie życia są bardziej depresyjne i drażliwe, dotyczy to około 90% populacji badanych kobiet [7]. W jednym z badań 51% kobiet uważało, że mają zaburzenia nastroju o typie depresyjnym, natomiast 40% kobiet uważało ten okres za trudny emocjonalnie i niosący ryzyko wystąpienia wielu chorób somatycznych [8].

Badania populacji ogólnej pozostają w kontraście z doświadczeniem klinicznym, które pokazuje, że 33–45% kobiet w okresie menopauzalnym, które szuka pomocy medycznej, cierpi na depresję. Wśród kobiet zgłaszających się do klinik w okresie menopauzy aż 30% miało pierwszy epizod depresji w ciągu czterech lat przed ostatnią menstruacją. Większe nasilenie objawów stwierdza się w badaniach prowadzonych z udziałem przekwitających kobiet w klinikach ginekologicznych. Na podstawie tych badań donosi się, że ponad 1/3 kobiet tam zbadanych spełnia kryteria zaburzeń nastroju [9–11]. Według Schiffmana

i wsp. [12] prawdopodobieństwo zachorowania na depresję wśród kobiet z przedwczesną menopauzą (czyli menopauzą w wieku < 46 lat) jest 2-krotnie wyższe niż u kobiet, u których menopauza przypada na 46.–55. rok życia i ponad sześć razy większe, jeśli ostatnia miesiączka ma miejsce przez 40. rokiem życia. Stwierdzono też, że kobiety w wieku okołomenopauzalnym zgłaszające zaburzenia nastroju i problemy w codziennym funkcjonowaniu, różnią się istotnie od pozostałych kobiet [13–15]. Okres menopauzalny istotnie sprzyja powstawaniu lub nasilaniu się zaburzeń psychicznych. Zjawisko to obserwuje się szczególnie w przypadku zaburzeń depresyjnych. W Polsce kobiety 2-krotnie częściej są hospitalizowane z powodu depresji niż mężczyźni, a wskaźnik ten jest jeszcze wyższy w przedziale wiekowym 30–59 lat [16].

Celem przedstawionego badania była ocena wpływu okresu klimakterycznego na powstawanie zaburzeń depresyjnych. Zebrane dane mają na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy u kobiet w wieku klimakterycznym zaburzenia nastroju o typie depresyjnym oraz zaburzenia o charakterze lękowym występują częściej niż w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 120 kobiet z województwa lubelskiego, leczonych w poradni ginekologicznej, na oddziale ginekologicznym oraz w poradni zdrowia psychicznego lub na dziennym oddziale psychiatrycznym. W skład badanej grupy weszło 80 kobiet w wieku pre- lub pomenopauzalnym (45–55 lat, średni wiek 49,6 roku). Grupa kontrolna składała się z 40 kobiet w wieku rozrodczym (35–44 lat, średni wiek 40,4 roku). Kobiety badane podzielono na dwie grupy: grupę A — 40 kobiet w wieku premenopauzalnym (45–49 lat, średni wiek 46,7 roku) oraz grupę B — 40 kobiet w wieku pomenopauzalnym (50–55 lat, średni wiek 52,4 roku). Większość badanych kobiet była mężatkami (odpowiednio: 80%, 62,5% i 65% w grupie kontrolnej, grupie A oraz grupie B).

Do oceny stopnia nasilenia objawów klimakterium wykorzystano indeks Kuppermana (IK). Pozwala on na określenie, czy badana kobieta jest już w okresie menopauzalnym, a wartość nasilenia objawów świadczy o ciężkości zespołu objawów wypadowych. Indeks ten zawiera następujące objawy: uderzenia gorąca, nadmierne pocenie, zaburzenia snu, rozdrażnienie, nastroj depresyjny, zaburzenia koncentracji uwagi, bóle stawów i kości, bóle głowy, zaburzenia

Tabela 1. Zaburzenia nastroju o typie depresyjnym według DHADS w badanych grupach

Table 1. Depressive disorders according to DHADS in the examined groups

Objawy depresji w DHADS	Grupa kontrolna		Grupa A (45–49 lat)		Grupa B (50–55 lat)	
	n	%	n	%	n	%
Brak objawów depresji	33	82	26	65	18	45
Obecne objawy depresji	7	17	14	35	22	55
Ogółem	40	100	40	100	40	100

$\chi^2 = 12,25$; $p = 0,002$

Tabela 2. Objawy lękowe według AHADS w badanych grupach

Table 2. Anxiety disorders according to AHADS in the examined groups

Objawy lękowe w AHADS	Grupa kontrolna		Grupa A (45–49 lat)		Grupa B (50–55 lat)	
	n	%	n	%	n	%
Brak objawów lękowych	29	72	19	47	15	37
Obecne objawy lękowe	11	27	21	52	25	62
Ogółem	40	100	40	100	40	100

$\chi^2 = 10,43$; $p = 0,005$

rytmu serca, parestezje. Poszczególne objawy oceniane są w skali od 0 do 12 punktów. Uzyskanie mniej niż 16 punktów świadczy o braku objawów wskazujących na przekwitanie, 17–25 punktów wskazuje na obecność objawów wypadowych o lekkim nasileniu, 26–30 punktów — o średnim nasileniu, zaś mniej niż 30 punktów oznacza występowanie objawów o dużym nasileniu.

Ocenę stopnia nasilenia zaburzeń depresyjno-lękowych przeprowadzono przy użyciu skali HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Skala ta składa się z dwóch części: A (lęk [AHADS]) oraz D (depresja [DHADS]), łącznie obejmuje 14 objawów, dla każdej części po 7. Osoba badana wypełnia skalę, wybierając jedno z czterech zdań twierdzących, określających nasilenie objawu. Objawy ocenia się w skali 0–3 punktów. Wartości graniczne dla obydwu podskal przedstawiają się tak samo: 0–7 punktów oznacza brak objawów, 8–14 punktów — łagodne nasilenie objawów, 15–18 punktów — umiarkowane nasilenie, a wyniki powyżej 19 punktów świadczą o dużym nasileniu lęku lub depresji.

Ocena ginekologiczna pacjentek uczestniczących w badaniu została przeprowadzona przez lekarzy spe-

cialistów z zakresu ginekologii, natomiast psychiatryczna — przez psychologów i psychiatrów.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Wartości parametrów mierzalnych przedstawiono w postaci wartości średniej i odchylenia standardowego (SD, *standard deviation*), a parametry niemierzalne w postaci liczby i odsetka.

Badanie prowadzono zgodnie z zasadami Ustawy o ochronie danych osobowych, a jego projekt został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną oraz przez dyrektorów ośrodków, w których wykonywano badania. Wszystkie badane osoby wyraziły pisemną świadomą zgodę na udział w badaniu.

Wyniki

U kobiet w wieku klimakterium częściej stwierdzano występowanie zaburzeń nastroju o typie depresyjnym niż u kobiet w wieku rozrodczym. Częstość występowania zaburzeń nastroju w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli 1. W tabeli 2 przedstawiono częstość występowania zaburzeń lękowych.

Poszczególne grupy różniły się znacząco pod względem nasilenia objawów depresji ($p < 0,0001$, test

Tabela 3. Nasilenie objawów depresji według DHADS w badanych grupach**Table 3.** The intensity of depressive disorders according to DHADS in the examined groups

Nasilenie objawów depresji w DHADS	Grupa kontrolna		Grupa A (45–49 lat)		Grupa B (50–55 lat)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
Brak objawów depresji	2,36	1,98	3,81	2,21	4,17	2,62
Obecne objawy depresji	12,14	2,04	11,00	2,94	13,73	2,93

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; H = 21,33; p < 0,0001

Tabela 4. Nasilenie objawów lękowych według AHADS w badanych grupach**Table 4.** The intensity of anxiety disorders according to AHADS in the examined groups

Nasilenie objawów lękowych w AHADS	Grupa kontrolna		Grupa A (45–49 lat)		Grupa B (50–55 lat)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
Brak objawów lękowych	3,89	1,93	4,63	1,54	4,33	2,02
Obecne objawy lękowe	10,73	2,83	11,43	3,44	14,08	3,23

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; H = 16,18, p = 0,0003

ANOVA Kruskala-Wallis). Najwyższe nasilenie depresji stwierdzono w grupie kobiet w wieku pomenopauzalnym (grupa B). Wyniki dla poszczególnych grup przedstawiono w tabeli 3.

Na podstawie analizy statystycznej wykazano istotne różnice w zakresie nasilenia lęku (AHADS) pomiędzy badanymi grupami (p = 0,0003). Najwyższe nasilenie lęku stwierdzono w grupie kobiet w wieku pomenopauzalnym (grupa B). Wyniki dla poszczególnych grup przedstawiono w tabeli 4. Przeprowadzona analiza statystyczna (test U Manna-Whitneya) wykazała, że związek między obecnością objawów klimakterium (wg IK) a nasileniem objawów depresji w grupie A lub B nie jest znamieny statystycznie (odpowiednio Z = -1,52; p = 0,13 oraz Z = -1,55; p = 0,12). Stwierdzono natomiast, że w grupie A związek pomiędzy nasileniem objawów lękowych a obecnością objawów klimakterium jest istotny statystycznie (Z = -2,33; p = 0,02), natomiast w grupie B związek ten jest bliski istotności (Z = -1,89; p = 0,06).

Na podstawie wielokrotnej analizy regresji zmiennej nasilenie depresji (wg DHADS) wykazano, że po wprowadzeniu zmiennej „poziom lęku” wyjaśnione zostało 58% wariacji (R²). W kroku drugim, po wpro-

wadzeniu zmiennej „objawy menopauzy”, wartość R² wzrosła do 64%.

Na podstawie IK dokonano analizy najczęściej zgłaszanych objawów, które utrudniają funkcjonowanie, a czasem uniemożliwiają wykonywanie zadań wynikających z obowiązków zawodowych i rodzinnych (domowych). Szczegółowe zestawienie tych objawów i wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Dyskusja i wnioski

W niniejszej publikacji, oceniając okres klimakterium u kobiet pod kątem występowania zaburzeń nastroju o typie depresyjnym, stwierdzamy, że zaburzenia te częściej występują u kobiet po zakończeniu okresu rozrodczego. Występowanie zaburzeń depresyjnych w wieku 45–55 lat kształtuje się na poziomie 30%, natomiast w grupie kobiet 35–44 lat na poziomie 5,83%. Najczęściej zaburzenia depresyjne występowały u kobiet w okresie okołomenopauzalnym i stanowiły 55%, u kobiet w okresie premenopauzy 35%, natomiast w grupie kobiet w wieku rozrodczym — 17,5%.

W przeprowadzonym badaniu najwyższe nasilenie zaburzeń depresyjnych stwierdzono w grupie kobiet okresu okołomenopauzalnego. Nie stwierdzono jed-

Tabela 5. Najczęściej zgłaszane objawy, które przeszkadzają kobietom w sprawnym funkcjonowaniu
Table 5. The most common symptoms reported by women as disturbing their skillful functioning

Objaw	Grupa kontrolna		Grupa A (45–49 lat)		Grupa B (50–55 lat)	
	n	%	n	%	n	%
Uderzenia gorąca	19	47,5	29	72,5*	6	15
Nadmierna potliwość	23	57,5	26	65	5	12,5
Brak energii, osłabienie	23	57,5	26	65	16	40
Rozdrażnienie	19	47,5	23	57,5	16	40
Nastrój depresyjny	17	42,5	22	55	8	20
Zaburzenia snu	16	40	21	52,5	7	17,5
Brak zainteresowania życiem płciowym	10	25	21	52,5	5	12,5
Nadmierna nerwowość	15	37,5	20	50	12	30
Bóle stawów i kości	16	40	20	50	10	25
Zaburzenia rytmu serca	15	37,5	20	50	6	15
Problemy z koncentracją	10	25	18	45	8	20
Bóle głowy	16	40	18	45	16	40
Zawroty głowy	16	40	16	40	6	15
Napady lęku	14	35	15	37,5	3	7,5
Chwiejność emocjonalna	11	27,5	15	37,5	6	15
Parestezje	10	25	14	35	5	12,5

* $t = -2,33$; $p = 0,022$

nocześnie, aby stopień nasilenia objawów klimakterycznych miał statystycznie znamienne wpływy na poziom nasilenia objawów depresyjnych. Może to wiązać się z faktem, że na funkcjonowanie psychiczne kobiet większy wpływ mają czynniki psychospołeczne niż poziom hormonów.

W badanej grupie kobiet, u których wystąpił zespół klimakteryczny, pojawia się również duże nasilenie lęku. Największe nasilenie objawów lękowych stwierdzono w grupie kobiet w wieku pomenopauzalnym. W grupie kobiet w wieku premenopauzalnym związek między nasileniem objawów klimakterium a nasileniem zaburzeń lękowych był znamienne statystycznie, podczas gdy w przypadku kobiet w wieku pomenopauzalnym związek ten był bliski istotności statystycznej.

Analizując najczęściej zgłaszane objawy zespołu klimakterycznego, zwraca uwagę fakt, że w grupie ko-

biet w wieku premenopauzalnym (grupa A) najczęstszymi dolegliwościami są uderzenia gorąca, nadmierna potliwość oraz uczucie anergii i astenii (odpowiednio: 72,5%, 65% oraz 65%), spośród których tylko uderzenia gorąca były zgłaszane znamienne częściej ($t = -2,33$; $p = 0,022$) w porównaniu z grupą kontrolną. Natomiast w grupie kobiet w wieku pomenopauzalnym (grupa B) dwie pierwsze z tych dolegliwości są zgłaszane przez znacznie mniejszą liczbę kobiet (odpowiednio: 15% oraz 12,5%), zaś dominującymi dolegliwościami są uczucie anergii i astenii, nastrój dysforyczny oraz bóle głowy (każda z nich była zgłaszana przez 40% kobiet).

Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że okres klimakterium ma wpływ na występowanie i nasilenie zaburzeń depresyjnych i lękowych, ale nie jest ich główną przyczyną.

Badanie nie było sponsorowane.

Streszczenie

Wstęp. Celem przedstawionego badania jest ocena wpływu okresu klimakterycznego na powstawanie zaburzeń depresyjnych oraz lękowych.

Materiał i metody. Zbadano 40 kobiet w wieku rozrodczym oraz 80 kobiet w wieku pre- lub pomenopauzalnym. Do oceny stopnia nasilenia objawów klimakterium zastosowano indeks Kuppermana. Nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych oceniono za pomocą skali HADS.

Wyniki. W okresie klimakterium częściej występują zaburzenia nastroju o typie depresyjnym oraz zaburzenia lękowe. U kobiet w okresie pomenopauzalnym zaburzenia depresyjne i lękowe występują częściej niż u kobiet w okresie premenopauzy. Nasilenie zaburzeń depresyjnych i lękowych jest najwyższe u kobiet w okresie pomenopauzalnym.

Wnioski. Okres klimakteryczny jest jednym z czynników, które mają wpływ na powstawanie i nasilenie zaburzeń depresyjnych oraz lękowych u kobiet w wieku pre- lub pomenopauzalnym. *Psychiatria 2008; 5: 99–104*

słowa kluczowe: depresja, lęk, menopauza

PIŚMIENNICTWO

1. Brown T., Melchior L., Huba G. Level of burden among women diagnosed with severe mental illness and substance abuse. *J. Psychoactive Drugs* 1999; 31: 31–41.
2. Rajewski J., Rybakowski J. Depression in premenopausal women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2003; 27: 705–709.
3. Borowska-Tokarska A. Psychologiczny obraz kobiety w okresie menopauzy. *Ginekologia Praktyczna* 1997; 4: 19–21.
4. Krogulski S., Pertyński T., Woźniak P. Zaburzenia psychiczne kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekologia Polska* 1997; 68: 339.
5. Pużyński S. Depresje. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988: 284–288.
6. Steiner M. Psychologiczne aspekty zespołu okołomenopauzalnego. W: Buchsbaum H.J. (red.). *Menopauza*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003: 240–242.
7. Katon W., Sullivan M.D. Depression and chronic medical illness. *J. Clin. Psychiatry* 1990; 51: 3–10.
8. Hutner M.S. The SE England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas* 1992; 14: 117–126.
9. Lipińska-Szałek A., Sobczuk A., Pertyński T., Stetkiewicz T., Szymczak W. Wpływ czynników biologicznych i psychosocjalnych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego. *Przegląd Menopauzalny* 2003; 2: 55–56.
10. Krogulski S. Zaburzenia depresyjne w klimakterium. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2002; 11 (supl. 1): 17–25.
11. Zalewska-Juzka A., Częstochowska E. Depresja w okresie okołomenopauzalnym. *Pol. Merk. Lek.* 2003; XIV: 261–264.
12. Schiffman S., Sattely-Miller E., Suggs M. i wsp. The effect of odors and hormone status on mood of women at mid-life. *Brain Research Bulletin* 1995; 36: 19–29.
13. Araszkiwicz A., Płocka-Lewandowska M., Skrzypek T. Zaburzenia psychiczne towarzyszące przekwitaniu i ich leczenie. *Medycyna Biologiczna* 1998; 4: 87–89.
14. Bielawska-Batorowicz E. Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian. *Przegląd Menopauzalny* 2004; 3: 24–30.
15. Bielawska-Batorowicz E. Występowanie objawów uznawanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat. *Przegląd Menopauzalny* 2005; 1: 53–60.
16. Krogulski S. Zaburzenia psychiczne okresu okołomenopauzalnego — możliwości leczenia antyhomotoksycznego. *Medycyna Biologiczna* 1999; 3–4: 64–70.