

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym zgłaszających się do lekarzy ginekologów

Prevalence of depressive disorders in perimenopausal women in gynecological practice

Marcin Wojnar¹, Wiktor Drózdź², Aleksander Araszkiewicz²,
Wiesław Szymański³, Dorota Nawacka-Pawlaczyk⁴, Roman Urbański⁴

¹Z Zespołu Psychiatrycznego Leczenia Środowiskowego, Szpital Nowowiejski w Warszawie

Kierownik: lek. med. T. Matusiak

²Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Araszkiewicz

³Z Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Szymański

⁴Servier Polska Sp. z o.o.

Summary

Aim: The aim of the study was to evaluate the prevalence of depressive disorders in perimenopausal women reporting to gynecologists and to assess a possibility of screening and diagnosing depression in gynecological practice.

Method: The study entailed 2262 female patients of the age of 45-55 attending 120 gynecologists in Poland. Patients were first asked to fill in the Beck's Depression Inventory and next examined by their gynecologists to verify the presence of the basic symptoms of depressive episode according to ICD-10 diagnostic criteria. Patients who obtained 12 points or more in BDI total score were referred for a psychiatric consultation, including the MINI questionnaire. The study was monitored by 'Servier Polska'.

Results: 32.5% of women aged 45-55 years visiting gynecologists scored 12 points or more on the BDI scale. Patients with high BDI scores reported long-lasting somatic and emotional symptoms associated with menopause more frequently than patients with low BDI scores. Women with high BDI scores also more frequently experienced gynecological surgery in the past, more frequently attended gynecological clinics, and reported more peri- and postnatal mood disorders. 57% of patients did not visit psychiatrists. Depressive disorders were diagnosed in 76% of patients who came for the psychiatric evaluation.

Conclusions: The study suggests that more than 19% of perimenopausal women attending their gynecologists suffer from depressive disorders. Gynecologists in Poland can diagnose depression accurately and start pharmacological treatment of the disorder in half of the patients.

Słowa klucze: depresja, menopauza, badania przesiewowe

Key words: depression, menopause, screening

Wstęp

Depresje są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi spotykanymi w praktyce lekarzy różnych specjalności. W mniejszym lub większym nasileniu występują one u około jednej piątej pacjentów zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu, łącznie z kobietami leczącymi się u ginekologów, lecz nie zawsze są przez nich dostrzegane [1–6]. W populacji ogólnej rozpowszechnienie depresji szacuje się na 10–20% [1, 2, 7, 8], dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [9, 10].

Poza stosunkowo częstymi zaburzeniami nastroju w okresie okołoporodowym [11, 12], depresja bywa uznawana także za istotny problem u kobiet w wieku okołomenopauzalnym (45–55 lat); około jednej trzeciej kobiet w tym okresie życia ma jej objawy [13, 14, 15]. Wiele badań potwierdziło narastanie częstości występowania depresji już w czasie pięciu lat poprzedzających menopauzę [16]. Wśród kobiet przechodzących menopauzę depresja dwukrotnie częściej towarzyszy tym pacjentkom, które zgłaszają się z określonymi dolegliwościami do poradni menopauzalnych niż tym, które przechodzą okres menopauzy bez potrzeby konsultacji ginekologicznej [17–20].

Istnieje kilka hipotez tłumaczących związku zaburzeń nastroju z menopauzą. Podkreślana bywa rola zmian w sytuacji psychospołecznej i problemów emocjonalnych kobiet w tym okresie życia, jednak przede wszystkim istotne znaczenie wydają się mieć następstwa obniżenia aktywności estrogenów oraz ich wpływ na mózgowy przepływ krwi i zaburzenia neuroprzebieżnikowe, zwłaszcza w obrębie układu serotonergicznego. Znaczenie wymienionych zaburzeń potwierdzają badania wykazujące skuteczność leków modyfikujących funkcje układu serotoninowego w leczeniu objawów depresji u kobiet w okresie menopauzy [21].

Wiele badań wykonywanych na świecie potwierdziło wysoki odsetek nie rozpoznawanych zaburzeń depresyjnych u pacjentek zgłaszających się do ginekologów jako lekarzy pierwszego kontaktu. W Polsce dotychczas nie prowadzono takich badań.

Cele

Podstawowym celem badania była ocena częstości występowania depresji wśród pacjentek w wieku okołomenopauzalnym zgłaszających się do lekarzy ginekologów. Celem dodatkowym była ocena możliwości prowadzenia w Polsce badań przesiewowych i rozpoznawania depresji przez lekarzy ginekologów.

Grupa badana i metody badań

Badanie zostało przeprowadzone jako wielośrodkowe badanie populacyjne o zasięgu ogólnopolskim. Wzięło w nim udział 120 lekarzy ginekologów oraz 40 konsultujących lekarzy psychiatrów. W każdym ośrodku lekarz ginekolog włączył do badania nie więcej niż 20 (średnio 19) kolejno zgłaszających się po poradę pacjentek w wieku od 45 do 55 lat, które wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu. Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Etycznej.

Badanie przebiegało dwuetapowo. W pierwszym etapie pacjentki zgłaszające się

po poradę do lekarza ginekologa były proszone o wypełnienie kwestionariusza samooceny – Skali Depresji Becka [22, 23]. Następnie u tych, które uzyskały co najmniej 12 punktów w tej skali, ginekolog potwierdzał obecność objawów podstawowych epizodu depresyjnego na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10 [24]. Lekarz ginekolog zbierał również dane o charakterze wywiadu klinicznego dla wszystkich pacjentek. W drugim etapie rozpoznanie ustalone przez lekarza ginekologa było weryfikowane przez konsultującego lekarza psychiatrę na podstawie badania psychiatrycznego oraz za pomocą inwentarza opracowanego na podstawie Międzynarodowego Wywiadu Neuropsychiatrycznego MINI [25]. Ostateczne rozpoznanie było stawiane na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10. Na konsultację psychiatryczną kierowane były wszystkie pacjentki, które w Skali Depresji Becka uzyskały co najmniej 12 punktów, bez względu na rozpoznanie wstępne proponowane przez lekarza ginekologa.

W analizie wyników zostały wykorzystane metody statystyki opisowej oraz testy do oceny istotności różnic rozkładów badanych zmiennych (test t-Studenta dla prób niepowiązanych, test Cochran-Coxa, test Manna-Whitneya, test Chi²). Badanie było przeprowadzone dzięki grantowi badawczemu firmy Servier Polska oraz monitorowane przez przedstawicieli firmy.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 2 269 pacjentek, do analizy wyników zakwalifikowano dane dotyczące 2 262 badanych kobiet. Średnia wieku wynosiła $49,85 \pm 3,09$ lat.

W pierwszym etapie badania co najmniej 12 punktów w Skali Depresji Becka uzyskały 734 pacjentki, co stanowi 32,5% badanej populacji, a poniżej 12 punktów – 1 528 pacjentek (67,5%). Wynik w Skali Becka w grupie pacjentek z podejrzeniem depresji ($BDI \geq 12$ pkt) wynosił średnio $21,4 \pm 19,0$ punktów, a w grupie pacjentek bez podejrzenia depresji – średnio $6,0 \pm 6,0$ punktów ($p < 0,01$). Średnie wieku w obu grupach nie wykazują istotnych różnic.

Aktualne dolegliwości stanowiły główną przyczynę wizyty u ginekologa 444 pacjentek z podejrzeniem depresji i 500 kobiet w grupie pacjentek z niską punktacją w Skali Becka (tabela 1). Do innych przyczyn należały: planowana wizyta kontrolna, kontynuacja lub zmiana leczenia, badanie cytologiczne.

Prawie wszystkie pacjentki z podejrzeniem depresji zgłaszały różnorodne dolegliwości klimakteryjne, zarówno o charakterze somatycznym, jak i emocjonalnym (tabela 2). Kobiety z niską punktacją w Skali Becka zgłaszały dolegliwości o podobnym charakterze znacząco rzadziej. Wśród dolegliwości klimakteryjnych, które istotnie częściej zgłaszane były przez pacjentki z wysoką punktacją w Skali Becka, najczęściej wymieniane były: uczucie bicia lub kołatania serca, poty nocne, uderzenia gorąca, bóle stawów, osteoporoza, suchość pochwy i atrofia skóry.

Pacjentki z wysokim wynikiem w Skali Becka ($BDI \geq 12$ pkt.) również istotnie częściej niż pacjentki z niską punktacją potwierdzały dolegliwości emocjonalne

Tabela 1

Przyczyny wizyty u ginekologa pacjentek bez podejrzenia depresji (Skala Becka <12 pkt.) i z podejrzeniem depresji (Skala Becka ≥12 pkt.) w badanych grupach kobiet w wieku 45–55 lat

Przyczyna wizyty	Grupa 1 (BDI < 12 pkt.) n=1528		Grupa 2 (BDI ≥ 12 pkt.) n=734		p
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	
Planowana wizyta kontrolna	80,8	19,4	78,0	22,0	0,02
Zgłoszone dolegliwości jako główna przyczyna wizyty	32,7	67,3	60,5	39,5	*
Użycie w celu kontynuacji lub zmiany leczenia	30,3	69,7	21,7	78,3	*
Użycie w celu badania cytologicznego	8,0	92,0	4,2	95,8	n.s.

test Chi², * gdy p<0,01

Tabela 2

Dolegliwości somatyczne związane z menopauzą w badanych grupach kobiet

Zgłoszone dolegliwości	Grupa 1 (BDI < 12 pkt.) n=1528		Grupa 2 (BDI ≥ 12 pkt.) n=734		p
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	
Obecność dolegliwości klimateryjnych	83,8	16,1	88,7	11,3	*
Bóle lub kłopotliwe senno	33,4	66,7	64,7	35,3	*
Potyłnocne	28,1	71,9	57,8	42,2	*
Uderzenia gorąca do głowy	31,3	68,7	55,3	44,7	*
Bóle stawów o stopniu umiarkowanym	35,3	64,7	50,4	49,6	*
Suchość w ustach lub ból nosogardzieli	21,1	78,9	34,3	65,7	*
Wrażliwość skóry	10,0	90,0	25,5	74,5	*
Wrażliwość płacizny	12,8	87,2	15,5	84,5	n.s.

test Chi², * gdy p<0,01

i psychosomatyczne, mogące być objawami depresji (tabela 3), w tym najczęściej: rozdrażnienie, uczucie napięcia, poczucie zmęczenia i utraty energii, smutek, przygnębienie, utratę radości, płaczliwość, zmienność nastroju, lęk, niepokój, niechęć do wykonywania codziennych czynności, niechęć do życia. Wśród innych zgłaszanych dolegliwości w grupie pacjentek z podejrzeniem depresji wymieniane były zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji uwagi, zmniejszenie libido, bóle głowy, bóle w okolicy przedsercowej, poranne złe samopoczucie, suchość w ustach, zaparcia, zaburzenia apetytu, utrata masy ciała lub tycie. Różnice w zakresie częstotliwości wymienionych

dolegliwości w badanych grupach są znamienne statystycznie.

Liczba cięż była istotnie większa wśród kobiet z grupy o wysokim nasileniu objawów depresji w Skali Becka w porównaniu z kobietami z grupy o niskim nasileniu objawów depresji (tabela 4). Czas trwania objawów klimakteryjnych różnił się istotnie

Dolegliwości emocjonalne i psychosomatyczne związane z depresją w badanych grupach kobiet

Zgłoszona dolegliwość	Grupa 1 (BDI= 12 pkt) N=1522		Grupa 2 (BDI= 12 pkt) N=734		p
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	
Rozdrażnienie, napięcie	45,0	54,1	20,5	13,5	*
Problemy ze snem	45,0	55,0	22,0	13,0	*
Smutek, przygnębienie	20,0	70,1	20,5	10,5	*
Przebiegłe zmiany nastroju	30,0	70,0	73,0	21,4	*
Łzy, niepokój	22,0	77,4	74,7	25,3	*
Niechęć do wykonywania codziennych czynności	13,0	22,0	57,0	42,4	*
Niechęć do życia	2,0	07,4	31,1	03,0	*
Bezsenność, przerywany sen	35,7	04,3	70,4	20,0	*
Zaburzenia koncentracji uwagi	20,0	73,1	04,0	35,1	*
Utrata apetytu	30,0	00,4	00,0	30,1	*
Bóle głowy	30,2	03,2	55,2	44,2	*
Ból i niepokój wokolicy przebiegowej	25,0	74,4	54,5	46,5	*
Bóle w innych okolicach	30,0	70,0	51,0	43,1	*
Ranne zbudzenie	13,0	21,1	51,0	40,0	*
Suchość w ustach	12,4	27,0	43,0	50,4	*
Zaparcie	31,0	03,1	41,0	52,4	*
Spowolnienie psychoruchowe	10,7	20,3	32,0	01,4	*
Zaburzenia apetytu	3,0	01,1	25,1	74,0	*
Chudnięcie	4,0	05,4	14,0	25,4	*
Tętno	23,2	70,2	30,5	00,5	*
Pacjentka sprawna wyrażenie osoby cierpiącej na depresję	2,7	07,3	32,2	01,2	*

test Chi², * gdy p<0,01

w badanych grupach kobiet i był dłuższy o ponad pół roku u kobiet z wysokim nasileniem objawów depresji, natomiast czas przyjmowania leku w ramach hormonalnej terapii zastępczej nie różnił się w badanych grupach kobiet, podobnie jak czas od

rozpoczęcia kuracji lekiem hormonalnym do ustąpienia objawów menopauzy.

Biorąc pod uwagę dane z wywiadu (tabela 5), pacjentki z podejrzeniem depresji częściej niż pacjentki bez podejrzenia depresji zgłaszały objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego, sztuczne poronienia, powikłania w czasie ciąży i w okresie

Tabela 4

Charakterystyka niektórych danych z wywiadu ginekologicznego w badanych grupach kobiet

Cecha	Grupa 1 (BDI < 12 pkt)			Grupa 2 (BDI ≥ 12 pkt)			P
	średnia	min. -maks.	mediana	średnia	min. -maks.	mediana	
Liczba ciąż	2,2	0-10	2	2,4	0-11	2	*
Czas trwania objawów klimakteryjnych (m-cz)	15,3	0-324	6	21,6	0-144	12	*
Czas przyjmowania leku hormonalnego (m-cz)	13,7	0-132	12	17,7	1-96	12	n.s.
Czas do ustąpienia objawów menopauzy (m-cz)	2,2	0-50	2	2,5	0-72	2	n.s.

test Manna-Whitneya, * p<0,01

okołoporodowym. Liczba poronień naturalnych i odbytych porodów nie różnicowały obu grup. Pacjentki z podejrzeniem depresji istotnie częściej potwierdzały uprzednią depresję w okresie ciąży, przygnębienie poporodowe, depresję poporodową oraz zaburzenia psychotyczne w okresie połogu niż pacjentki bez podejrzenia depresji.

W grupie pacjentek z punktacją w Skali Becka powyżej 12 punktów istotnie częściej notowano w przeszłości zabiegi ginekologiczne. Wśród wymienianych zabiegów, amputację szyjki macicy lub mastektomię z powodu nowotworu złośliwego notowano istotnie częściej w grupie pacjentek z podejrzeniem depresji, natomiast kobiety z niską punktacją w Skali Becka częściej były poddawane zabiegom wyłyżeczkowania macicy. W grupie pacjentek z wysoką punktacją w Skali Becka stwierdzono również nieco częstsze choroby sutka niż w grupie z niską punktacją. Najczęściej notowanymi były mastopatia (25%), guzki niezłośliwe (20%), torbiele (14%) oraz rak sutka, który zmiennie częściej występował u pacjentek z podejrzeniem depresji (8% vs 3%). Nie obserwowano istotnych różnic w częstości przyjmowania hormonalnych leków antykoncepcyjnych w obu grupach, a także w częstości obniżenia nastroju wiążącego się z kuracją antykoncepcyjną. Ponad połowa pacjentek w obu grupach potwierdziła stosowanie hormonalnej terapii zastępczej. Nie stwierdzono różnic między grupami pod względem rodzaju przyjmowanych preparatów hormonalnych. Pacjentki z niską punktacją w Skali Becka nieznacznie częściej potwierdzały skuteczność HTZ.

Najczęściej notowanymi chorobami somatycznymi (tabela 6) były: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niedoczynność tarczycy, inne choroby tarczycy (nadczynność tarczycy, wole nietoksyczne i pojedyncze guzki) oraz cukrzyca. Nie obserwowano istotnych różnic między badanymi grupami w częstości stwierdzanych

Tabela 5

Dane z wywiadu ginekologicznego i położniczego w badanych grupach kobiet

Cecha	Grupa 1 (BDI < 12 pkt) N=152		Grupa 2 (BDI ≥ 12 pkt) N=734		P
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	
Zespół napięcia przedmiesiączkowego	47,8	52,2	56,4	43,6	*
Poronienia naturalne	20,6	79,4	22,3	77,7	n.s.
Poronienia sztuczne	9,2	90,8	12,7	87,3	0,02
Powikłania w okresie ciąży	17,1	82,9	23,2	76,8	*
Powikłania w okresie okołoporodowym	7,4	92,6	13,6	86,4	*
Zaburzenia nastroju w okresie okołoporodowym	6,7	93,3	15,8	84,2	*
Objawy depresyjne w czasie ciąży	3,3	96,7	12,8	87,2	*
Przygnębienie poporodowe	12,5	87,5	23,6	76,4	*
Depresja poporodowa	2,3	97,7	10,3	89,7	*
Psychoza poporodowa	0,3	99,7	2,5	97,5	*
Zabiegi ginekologiczne w wywiadzie	44,4	55,6	54,1	45,9	*
Choroby sutka w wywiadzie	12,6	87,4	16,3	83,7	*
Stosowanie leków antykonseptywnych	22,6	77,4	21,1	78,9	n.s.
Zaburzenia nastroju po lekach antykonseptywnych	9,6	90,4	15,5	84,5	n.s.
Stosowanie leku hormonalnego (HTZ)	57,8	42,2	56,5	43,5	n.s.
Utrępienie objawów menopauzy po HTZ	60,5	39,5	55,0	45,0	0,039

test Chi², * gdy p<0,01

chorób somatycznych.

Pacjentki z podejrzeniem depresji istotnie częściej korzystały z porad ginekologicznych w ciągu poprzedzającego roku (średnio 3 razy w roku w porównaniu z 2 razami w roku wśród pacjentek bez podejrzenia depresji). Pacjentki z podejrzeniem depresji również istotnie częściej donosiły o trudnych stresujących wydarzeniach życiowych podczas ostatnich 6 miesięcy przed wizytą u lekarza (tabela 7) oraz częściej potwierdzały wcześniejsze leczenie psychiatryczne i uprzednio stawiane rozpoznanie depresji. 13,5% pacjentek, które zgłosiły się do gabinetów ginekologicznych i osiągnęły wysoką punktację w Skali Becka, było w czasie badania pod opieką psychiatryczną. W rodzinach pacjentek z podejrzeniem depresji znamienne częściej notowano przypadki depresji niż w grupie z niską punktacją w Skali Becka. Najczęściej chorowały na depresję matki (47%) i siostry (20%) pacjentek, znacznie rzadziej ojcowie (8%) i bracia (4%).

Lekarze ginekolodzy, proszeni o ocenę stanu psychicznego pacjentek, stwierdzili,

iz 38,2% pacjentek z wysoką punktacją w Skali Depresji Becka ($BDI \geq 12$) sprawiało wrażenie kobiet cierpiących na depresję. Weryfikując obecność podstawowych objawów epizodu depresyjnego wg kryteriów diagnostycznych ICD-10 lekarze ginekolodzy

Tabela 6

Współistniejące choroby somatyczne w badanych grupach kobiet

Choroba somatyczna	Grupa 1 (BDI < 12 pkt) N= 1528		Grupa 2 (BDI \geq 12 pkt) N= 734		p
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	
Nadciężenie tętna	21,0	78,1	20,8	73,2	n.s.
Choroba niedokrwienna serca	7,0	93,0	10,4	89,6	n.s.
Cukrzyca	2,2	97,8	1,0	98,1	n.s.
Niedoczynność tarczycy	3,3	96,7	5,3	94,7	n.s.
Inne choroby tarczycy	0,7	99,3	11,2	88,8	n.s.

test χ^2 , * gdy $p < 0,01$

Tabela 7

Dane z wywiadu psychiatrycznego u kobiet z badanych grup

Cecha	Grupa 1 (BDI < 12 pkt) N= 1528		Grupa 2 (BDI \geq 12 pkt) N= 734		p
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	
Stwierdzone wyderzenie włosów ostatnich 6 miesięcy poprzedzających badanie	16,9	83,1	35,9	64,1	*
Rozpoznanie depresji w przeszłości	4,8	95,2	21,5	78,5	*
Leczenie u psychiatry w przeszłości	4,8	95,2	23,0	77,0	*
Leczenie u psychiatry obecnie	3,3	96,7	13,5	86,5	*
Wyświadczenie depresji wrodzonej	5,8	94,2	14,0	86,0	*

test χ^2 , * gdy $p < 0,01$

potwierdzili obniżenie nastroju u 62% pacjentek z wysoką punktacją w Skali Becka, utratę zainteresowań i przeżywania radości u 55% pacjentek z tej grupy, a utratę energii i poczucie zmęczenia u 68% pacjentek. Co najmniej 2 objawy podstawowe (co jest warunkiem koniecznym, choć nie ostatecznym rozpoznania epizodu depresyjnego) stwierdzono u 62% pacjentek z wynikiem w Skali Becka ≥ 12 punktów.

Spośród 734 pacjentek z wynikiem w Skali Becka ≥ 12 punktów, które zostały skierowane na konsultację psychiatryczną, do konsultanta psychiatry zgłosiło się jedynie 317 (43,2%). 417 kobiet nie skorzystało z konsultacji psychiatrycznej. Opisane grupy różnią się znacząco punktacją w Skali Becka: średnie wynoszą odpowiednio $23,59 \pm 8,96$ oraz $19,66 \pm 7,17$; $p < 0,01$.

Korzystając z inwentarza opartego na MINI lekarze psychiatry rozpoznali epizod depresyjny (F32) u 33%, a nawracające zaburzenia depresyjne (F33) u 30% kobiet z punktacją w Skali Becka ≥ 12 punktów. U 13% pacjentek rozpoznali dystymię, a u 24% nie rozpoznali zaburzenia psychopatologicznego z kręgu zaburzeń depresyjnych. Rozpoznanie z kręgu zaburzeń afektywnych (F32-34) lekarze psychiatry postawili u 195 spośród 317 pacjentek, co daje prawdopodobieństwo występowania depresji wynoszące 0,615. Po uwzględnieniu dodatkowo grupy 417 kobiet nie zbadanych przez psychiatrów, ze wzoru na prawdopodobieństwo całkowite (po zastosowaniu aproksymacji metodami Monte-Carlo) oszacowano prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u kobiet ze Skalą Becka ≥ 12 na 0,567. Szacunek ten pozwala wyłonić 236 osób z depresją w grupie 417 osób, które nie zgłosiły się na konsultację psychiatryczną. Łącznie, zaburzenia depresyjne można więc szacunkowo rozpoznać u 431 badanych, czyli u 58,7% pacjentek z punktacją w Skali Becka wynoszącą co najmniej 12 punktów. Liczba ta stanowi 19,1% pacjentek w wieku okołomenopauzalnym (N=2 262), które zgłosiły się do lekarzy ginekologów w trakcie niniejszego badania.

Konsultujący lekarze psychiatry uznali, iż 248 badanych kobiet (76%) powinno przyjmować leki przeciwdepresyjne, 145 pacjentek (45%) powinno kontynuować leczenie wyłącznie u lekarza psychiatry, a 178 (56%) może być dalej prowadzonych przez lekarza ginekologa.

Omówienie wyników

Biorąc pod uwagę szacunkową ocenę rozpowszechnienia w Polsce depresji wśród kobiet w wieku 45–55 lat, zgłaszających się do lekarzy ginekologów, niniejsze badanie wskazuje, iż 19,1% pacjentek cierpi na zaburzenia depresyjne. Można zatem przypuszczać, że w naszym kraju co piąta pacjentka w wieku okołomenopauzalnym, przychodząca do gabinetu ginekologicznego, choruje na depresję. Zestawiając nasze wyniki z wynikami innych badań, prowadzonych w podobnych populacjach pacjentek, wydaje się, że kobiety z depresją w naszym kraju rzadziej niż w krajach zachodnich decydują się na wizytę u lekarzy ginekologów [18, 19]. Warto pamiętać również, iż uzyskane wyniki mają charakter szacunkowy, gdyż ponad połowa pacjentek skierowanych na weryfikującą rozpoznanie konsultację nie zgłosiła się do psychiatrów. Można przypuszczać, że zdecydowały się na wizytę u specjalisty te pacjentki, które bardziej cierpiały z powodu depresji, co mogłoby potwierdzać wyższy wynik w Skali Becka w tej grupie.

Badanie potwierdziło znaną uprzednio obserwację, iż pacjenci z depresją częściej zgłaszają się po poradę do swoich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej [2, 18]. Badane pacjentki, które uzyskały wyższy wynik w Skali Becka, istotnie częściej w ostatnim roku korzystały z porad ginekologów. Można to wiązać z faktem, iż dolegliwości o charakterze klimakteryjnym pojawiły się w tej grupie pacjentek o średnio pół roku wcześniej niż u pacjentek bez podejrzenia depresji i niemal wszystkie objawy przekwitania towarzyszyły im w znacząco większym odsetku. Można więc przyjąć, iż „depresyjność”, którą odzwierciedla wysoki wynik w Skali Becka, stanowi jedną z istotnych składowych obrazu klinicznego klimakterium. Warto podkreślić również,

iż dwie trzecie grupy kobiet z wysokim wynikiem w Skali Becka otrzymało kliniczną diagnozę jednego z zaburzeń depresyjnych według kryteriów ICD-10. Badanie potwierdza więc, iż predyspozycja do sklasyfikowanych stanów depresyjnych stanowi również ważną część obrazu klinicznego okresu przekwitania u kobiet.

Prowadzone badania wykazały prawdopodobne związki występowania zaburzeń nastroju ze zmianami hormonalnymi w okresie okołomenopauzalnym [16, 20]. Pacjentki z niskim poziomem symptomatologii depresyjnej lepiej oceniały skuteczność leków przyjmowanych w ramach hormonalnej terapii zastępczej, rzadziej potwierdzały też kolejne objawy klimakteryjne niż pacjentki z podejrzeniem depresji, co mogłoby świadczyć nie tylko o łagodzeniu przez HTZ dolegliwości somatycznych przekwitania, lecz również o jej wpływie na poprawę nastroju.

Pacjentki z podejrzeniem depresji doświadczyły więcej trudnych, stresujących wydarzeń życiowych w poprzedzającym wizytę półroczu (śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, utrata dóbr materialnych, konflikt rodzinny, rozwód, odejście dzieci itp.), co może potwierdzać znane z piśmiennictwa powiązania zaburzeń nastroju z ważnymi wydarzeniami życiowymi [9, 26]. Badania wykazały również prawdopodobny związek zespołu napięcia przedmiesiączkowego oraz okołoporodowych zaburzeń nastroju (zarówno w ciąży, jak i w okresie połogu) z późniejszym ryzykiem wystąpienia depresji w wieku okołomenopauzalnym [14, 16, 19, 26]. Badane pacjentki z wysoką punktacją w Skali Becka potwierdzały także istotnie częstsze rodzinne obciążenie depresją, szczególnie wśród bliskich krewnych płci żeńskiej, co mogłoby świadczyć o potencjalnych genetycznych uwarunkowaniach klimakteryjnych zaburzeń nastroju.

Wyniki badania wskazują na duże znaczenie prowadzonego wywiadu ginekologicznego dla określenia ryzyka zaburzeń nastroju w okresie okołomenopauzalnym [14, 16, 19, 26]. Za wysokim ryzykiem depresji mogą przemawiać takie dane z przeszłości, jak przedmiesiączkowe zaburzenia nastroju, większa liczba ciąż i poronień sztucznych, depresje w okresie ciąży i poporodowe, stresujące wydarzenia życiowe, obciążenie rodzinne depresją, współistniejące choroby somatyczne. W grupie ryzyka depresji lekarze ginekolodzy mogą posłużyć się prostymi narzędziami przesiewowymi (np. Skalą Depresji Becka), aby wychwycić te pacjentki z objawami depresji, które wymagają pomocy medycznej.

Lekarze ginekolodzy w Polsce trafniej rozpoznawali depresję na podstawie kryteriów ICD-10 u swoich pacjentek niż miało to miejsce w badaniach prowadzonych w wielu ośrodkach na całym świecie [3, 4, 6]. W badaniu WHO lekarze POZ rozpoznali depresję zaledwie u 2,8% swoich pacjentów, podczas gdy weryfikacja rozpoznania za pomocą standaryzowanych narzędzi wykazała, iż odsetek ten jest ponad 3-krotnie wyższy (8,7%). Zgodnie z opinią konsultujących lekarzy psychiatrów, dalsze leczenie pacjentek z potwierdzonym rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych powinno w 45% przypadków mieć miejsce w gabinecie psychiatrycznym, a więc pozostała część kobiet w wieku okołomenopauzalnym z depresją (ponad połowa!) może być leczona przez lekarzy ginekologów, także wtedy, gdy trzeba stosować leki przeciwdepresyjne.

Podsumowując, badanie potwierdziło duże rozpowszechnienie w Polsce zaburzeń depresyjnych (ok. 19%) wśród pacjentek w wieku okołomenopauzalnym zgłasza-

jących się do lekarzy ginekologów. Depresje dotyczą zatem jedną piątą pacjentek i stanowią istotny problem także w gabinetach ginekologicznych. Lekarz ginekolog może skutecznie prowadzić badanie przesiewowe w kierunku depresji oraz trafnie ją diagnozować, może również podejmować leczenie u co drugiej pacjentki, u której rozpozna stan depresyjny. Mała zgłaszalność do psychiatry pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi może świadczyć o obawie przed stygmatyzacją, co potwierdza potrzebę prowadzenia intensywnych programów o charakterze edukacyjnym, skierowanych zarówno do lekarzy różnych specjalności, jak i całego społeczeństwa.

Drnd'dinn'drili'c' ald'dinn'caiuo' ir'dorlic' o' c'li'ci' a' d'lael'nd'ro'c'ie' d'ld'ciai' a' d'rd'ncel' adf-r'e - acilei'iaa'

Nia'derici'

C'ra'ic'el': C'ra'ic'el'e' d'd'ala, i'ia' c'nn'el'ia'ric' au'er' i'ol'ic' drnd'dinn'drili'c' ald'dinn'caiuo' ir'dorlic' nd'iac' d'ro'clini'e' a' ai'cd'rn'i' d'ld'la' el'nd'ro'c'ie'. D'ro'cline'c' i'adr'ure'c'nu' e' adf-r'e - acilei'ia'ar'e, c' aa'ca'o' nr'ec'o' c're'ia' d'inn'ra'el'i' c'ra'ic'el' i'ol'ic' ai'ce'ic'inn'c' d'd'ial'lic' ne'd'ic'ia'ia'au'o' c'nn'el'ia'ar'ic'e' c' d'rd'ic'ic'ic' ald'dinn'c'e' a' acilei'ia'ac'+lne'c'e' c'ra'ic'el'i'. E'ln'ia': A' c'nn'el'ia'ar'ic'el' ae'et'+li'i' 2262 d'ro'clini'e' a' ai'cd'rn'i' 45-55 el'n, i'adr'ur'uc'on' c' d'ie'iu'it' ai' 120 adf-r'e - acilei'ia'ia' ni' an'le' nnd'ri'u'. D'ro'cline'c' c'rd'ie'i' ec' R'ere'o' ald'dinn'c'e' Al'qet', f' d'ini'e' acilei'ia' d'ia'na'ld'ca're' i're'c'-el' i'ni'ia'iu'o' ne'c'd'nie'ia' ald'dinn'ca'ia'i' y'd'c'iar' d'd'e' d'ie'iu'c' ac'ra'inn'c'+lne'c'o' e'd'c'nd'el'a' JCD-10. D'ro'cline'c', e'inn'dul' d'ie'o'+c'ec' a' R'ere'l' Al'qet' i'l' el'li'l' 12 d'oi'eni'a' au'ec' i'rd'ra'el'iu' i'r' d'nc'o'c'rd'nd'+lne'c'o' e'inn'o'e'unn'roc't' ae' ald'c'o'c'et'roc'e' d'rd'ic'ic'ic' ald'dinn'c'e' i'r' i'ni'ia'ar'ic'e' el'ni'ac'+lne'ia'i' d'ini'ac'. E. I. C'nn'el'ia'ar'ic'el' d'd'ial'li' d'd'e' e'ie'nd'ic'ial' o'd'c'eu' Servir' D'ie'urf'.

D'ic'o'e'unn'ru': I'l' el'li'l', +l'e' 12 d'oi'eni'a' a' R'ere'l' ald'dinn'c'e' Al'qet' d'ie'o'+li'i' o' 32,5 d'd'iol'ni'a' d'ro'clini'e' a' ai'cd'rn'i' 45-55 el'n, i'adr'ur'uc'on' e' adf-r'e - acilei'ia'ar'e. D'ro'cline'c' n' au'nie'ie' d'o'ie'no'ro'c'le' a' R'ere'l' Al'qet' no'ul'n'nal'ii' +rul' c're'ia'ar'ec'nu' i'r' n'ie'rn'c'+lne'c'el' i'u'ou'lic' e'ec'e're'nd'c'+lne'ia'i' o'd'rd'el'nd'r' c' ye'io'c'ie'iu'ul' ne'c'd'nie'u', na' c'ri'iu'l' n' el'nd'ro'c'ie', e'inn'dul' ai'e'ur'l' d'd'c'no'nn'ia'ar'ec' o' i'c'o', i'ic'le'c' o' d'ro'clini'e' al'c' d'ia'ic'd'lic' ald'dinn'c'e'. D'ro'cline'c' n' d'ic'o'e'unn'ru'e' ai'el'l' 12 d'oi'eni'a' a' R'ere'l' Al'qet' +rul' d'ia'ald'ar'ec'nu' acilei'ia'ac'+lne'c'e' ae'l'rn'le'unn'ar'e' a' d'd'ie'ie', +rul' d'ie'uc'ia'ar'ec'nu' acilei'ia'ac'+lne'c'e'c' e'inn'o'e'unn'roc' ec', f' nr'ec'l' d'ia'na'ld'ca're'c' ir'dor'lic' i'rn'd'lic' d'ld'la' d'i' ae'lic'le' i'+ld'la'ie' el'inn'dor'oc'e' c' d'ine'l' d'ia'ia'. D'i'+nc' 57 d'd'io'. d'ro'clini'e' i'l' d'd'ere'i' i'r' d'nc'o'c'rd'nd'+lne'c'o' e'inn'o'e'unn'roc't'. Ald'dinn'ca'iu'l' ir'dor'lic' au'ec' ac'ra'inn'c'ia'ri'u' d'nc'o'c'rd'nd'ec' o' 76 d'd'io'. d'ro'clini'e' n' au'nie'ec'e' d'ic'o'e'unn'ru'e' a' R'ere'l' Al'qet', e'inn'dul' d'ie'uc'ia'ar'ec'nu' e'inn'o'e'unn'roc'le' nd'lo'c'ec'nn'r'.

A'u'ia'iu': D'ic'o'e'unn'ru' d'd'ial'a, i'ia' c'nn'el'ia'ar'ic' o'er'cu'at'n' i'r' o're'n, +ni' ald'dinn'ca'iu'l' c'c'el'ic'ic' d'd'c'no'nn'na'o't'n' o' 19,1 d'd'io'. d'ro'clini'e' a' ai'cd'rn'i' d'ld'la' el'nd'ro'c'ie', i'adr'ur'uc'on' e' adf-r'e - acilei'ia'ar'e, f' d'ine'l'ia'ic'l' e'ia'o'n' d'd'ra'c'eu'i' ac'ra'inn'c'ia'ri'u' ald'dinn'c'e' c' d'lad'd'ic'ic'ern'u' l', el'+lic'l' o', ai'el'l' - el'li'l', d'ie'ia'ciu' ai'e'iu'io'.

Verbreitung der Depressionsstörungen bei Frauen im Perimenopausealter in der Praxis der Frauenärzte

Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der durchgeführten Untersuchung war die Beurteilung der Verbreitung der Depressionsstörungen unter den Patientinnen im Perimenopausealter, die zur Beratung zu den Frauenärzten kamen, und die Möglichkeit der Auswahluntersuchungen und Diagnose der Depression im Arztzimmer.

Methode: An der Untersuchung nahmen 2262 Patientinnen im Alter von 45-55 Jahren teil, die sich um die Beratung an 120 Frauenärzte aus ganz Polen wandten. Den Patientinnen wurde die Skala der Depression von Beck vorgelegt, dann bestätigte der Frauenarzt die Grundsymptome

der Depressionsepisode mit Hilfe der diagnostischen Kriterien ICD-10. Die Patientinnen, die in der Skala von Beck mindestens 12 Punkte erzielten, sollten an einer psychiatrischen Beratung zwecks der Verifizierung der Depressionsdiagnose aufgrund des MINI- Inventars teilnehmen. Die Untersuchung wurde durch die Firma Servier Polska überwacht.

Ergebnisse: 32,5% der Patientinnen im Alter von 45–55 Jahren erzielten mindestens 12 Punkte in der Skala der Depression von Beck. Die Patientinnen mit hoher Zahl der Punkte in der Skala von Beck meldeten häufiger somatische klimakterische Beschwerden und emotionelle Symptome, die mit der Menopause verbunden waren und die länger andauerten als bei den Patientinnen ohne Depression. Die Patientinnen mit dem Ergebnis in der Skala von Beck über 12 Punkte hatten häufiger gynäkologische Eingriffe in der Vergangenheit, wurden häufiger von den Frauenärzten beraten und bestätigten prämenstruelle und perinatale Stimmungsstörungen. Circa 57% der Patientinnen meldeten sich nicht zur psychiatrischen Beratung. Die Depressionsstörungen wurden durch Psychiater bei 76% der Patientinnen mit hohem Ergebnis in der Skala von Beck diagnostiziert.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der Untersuchung lassen vermuten, dass die Depressionszustände bei 19,1 der Patientinnen im Alter von 45–55 Jahren im Perimenopausealter auftreten. Sie melden sich zu den Frauenärzten, die die Depression richtig diagnostizieren und sie bei mindestens der Hälfte der Kranken behandeln können.

La fréquence d'apparition des troubles dépressifs chez les femmes à l'âge de périménopause selon les gynécologues praticants

Résumé

Objectif: On vise à analyser la fréquence d'apparition des troubles dépressifs chez les femmes à l'âge de périménopause s'adressant aux gynécologues et à estimer la possibilité de faire des recherches de sélection et de diagnostic de la dépression par les gynécologues.

Méthode: On examine 2262 patientes à l'âge de 45-55 ans s'adressant aux 120 gynécologues en Pologne à l'aide de l'échelle de Beck (Beck's Depression Inventory) et les gynécologues vérifient ensuite les symptômes dépressifs selon les ICD-10. Les patientes qui ont obtenu au moins 12 points d'après l'échelle de Beck sont consultées par les psychiatres pour vérifier le diagnostic par le questionnaire MINI. Ces examens sont contrôlés par Servier Polska.

Résultats: 32,5% de patientes à l'âge de 45-55 ans ont obtenu au moins 12 points selon l'échelle de Beck. Elles souffrent le plus souvent des troubles somatiques et émotifs liés avec la ménopause et ces symptômes persistent chez elles plus longtemps que chez les patientes sans le diagnostic de la dépression. Ces patientes avec 12 ou plus points de l'échelle de Beck le plus souvent ont souffert à cause des troubles périmenstruels et périnataux et elles ont subi plus souvent les interventions chirurgicales. 75% des patientes ne sont pas adressées aux consultations psychiatriques. Chez 76% de patientes qui sont consultées par les psychiatres on confirme les troubles dépressifs.

Conclusions: Ces résultats suggèrent que les troubles dépressifs se manifestent chez 19,1% des patientes à l'âge de périménopause qui consultent leurs gynécologues et ils peuvent bien diagnostiquer ces troubles et appliquer la thérapie efficace du moins de la moitié des patientes.

Piśmiennictwo

1. Cathebras P, Mosnier C, Levy M, Bouchou K, Rousset H. *Depistage de la depression chez les patients hospitalises en medecine. Comparaison de deux echelles d'autoevaluation et du jugement des cliniciens a un questionnaire structure.* Encephale 1994; 20: 311–317.
2. Katon W. *The epidemiology of depression in medical care.* Int. J. Psychiatry Med. 1987; 17: 93–112.
3. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M,

- Wittchen HU. *An international study of psychological problems in primary care* Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 819–824.
4. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. *Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168, supl. 30: 38–40.
 5. Nabarro J. *Unrecognised psychiatric illness in medical patients*. Brit. Med. J. 1984; 289: 635–636.
 6. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: An international study*. London: Wiley; 1995.
 7. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. *The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity* Psychol. Med. 1998; 28: 9–19.
 8. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S i in. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 8–19.
 9. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: PZWL; 1988.
 10. Steiner M, Yonkers K. *Depression in women*. London: Martin Dunitz; 1998.
 11. Holcomb WL, Jr, Stone LS, Lustman PJ, Gavard JA, Mostello DJ. *Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory*. Obst. Gynecol. 1996; 88: 1021–1025.
 12. Braverman J, Roux JF. *Screening for the patient at risk for postpartum depression*. Obst. Gynecol. 1978; 52: 731–736.
 13. Ballinger CB. *Psychiatric aspects of the menopause*. Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 773–787.
 14. Porter M, Penney GC, Russell E, Templeton A. *A population based survey of women's experience of the menopause*. Brit. J. Obst. Gynaecol. 1996; 103: 1025–1028.
 15. Stone AB, Pearlstein TB. *Evaluation and treatment of changes in mood, sleep, and sexual functioning associated with menopause*. Obst. Gynecol. Clin. North. Am. 1994; 21: 391–403.
 16. Schmidt PJ, Roca CA, Bloch M, Rubinow DR. *The perimenopause and affective disorders*. Semin. Reprod. Endocrinol. 1997; 15: 91–100.
 17. Araszkievicz A, Płocka-Lewandowska M. *Zaburzenia psychiczne w okresie przekwitania*. Mag. Med. Ginekol. 2001; 1: 16–20.
 18. Anderson E, Hamburger S, Liu JH, Rebar RW. *Characteristics of menopausal women seeking assistance*. Am. J. Obst. Gynecol. 1987; 156: 428–433.
 19. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. *Affective symptoms in women attending a menopause clinic*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164: 513–516.
 20. Nicol-Smith L. *Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature*. BMJ 1996; 313: 1229–1232.
 21. Chaby L, Grinsztajn A, Weitzman JJ, de Bodinat C, Dagens V. *Tianeptine vs maprotiline in menopausal and premenopausal anxiety and depression: a double-blind efficacy and acceptability study*. Presse Med. 1993; 22: 1133–1138.
 22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M i in. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
 23. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 4: 417–421.
 24. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius–IPiN; 1998.
 25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J. Clin.

Psychiatriy 1998; 59, supl. 20: 22–23.

26. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D *The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in midaged women* J. Health. Soc. Behav. 1987; 28: 345–363.

Otrzymano: 3.04.2002

Zrecenzowano: 24.07.2002

Przyjęto do druku: 25.04.2003

Adres: Marcin Wojnar
Zespół Leczenia Środowiskowego
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27
Tel: (22) 825-2031 w. 255. E-mail: marcin@psych.waw.pl