

Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie

Menopausal depressions – atypical course, treatment

Sławomir Krogulski, Agata Lipińska-Szałek

Depresja rozumiana jako choroba wymagająca leczenia jest zjawiskiem częstym w okresie przekwitania u kobiet. W literaturze naukowej od dawna trwa dyskusja dotycząca etiologii i patogenezy zespołów depresyjnych tego okresu, odrębności w stosunku do znanych chorób afektywnych oraz problemów związanych z klasyfikacją i terminologią. Podkreślane są m.in. specyficzne cechy dotyczące obrazu klinicznego oraz częsty nietypowy przebieg. Również w leczeniu depresji menopauzalnych zwraca się uwagę na konieczność uwzględnienia specyficznych biologicznych, psychologicznych i psychospołecznych uwarunkowań okresu okołomenopauzalnego. Artykuł ten jest próbą uporządkowania wiedzy dotyczącej powyższych tematów.

Słowa kluczowe: depresja, menopauza

(Przegląd Menopauzalny 2004; 3: 31–38)

Wstęp

W okresie okołomenopauzalnym zaburzenia depresyjne wymagające leczenia i dające się zaklasyfikować wg ICD-10 występują u 20–30% kobiet, a do 90% od-czuwa zaburzenia nastroju *mniejsego kalibru* (drażliwość, labilność emocjonalna, trudności w skupieniu uwagi), m.in. jako bezpośredni skutek zmian hormonalnych lub innych zaburzeń somatycznych tego okresu życia [1, 2]. Zdaniem większości autorów depresja jest zbyt rzadko rozpoznawana jako choroba, a pacjenci dotknięci tym schorzeniem, będący pod opieką psychiatry stanowią zaledwie 10–20% populacji chorych [3, 4]. Według Shervina, tzw. klasyczna *wielka depresja* występowała u 13% badanych kobiet w okresie klimakterium, depresja nietypowa zaś (słabiej zaznaczony spadek nastroju i napędu, główna ekspresja objawów to dolegliwości somatyczne) aż u ponad 21% respondentek [5].

Nietypowy obraz kliniczny depresji w menopauzie

Zaburzenia depresyjne okresu przekwitania mają pewne, statystycznie częściej występujące cechy, które

wyróżniają je w porównaniu z depresją w innych okresach życia kobiety [6]. Najczęściej wymieniane przedstawiono w tab. I.

Wysoki poziom lęku, pobudzenie psychoruchowe, dodatkowe objawy ze względu na choroby towarzyszące, są częściej spotykane w zespołach depresyjnych okresu przekwitania niż w innych okresach życia. Częste współwystępowanie depresji i lęku u kobiet z depresją w okresie przekwitania może sprawiać problemy diagnostyczne, szczególnie lekarzom innych specjalności niż psychiatra. Kłopoty miewają również lekarze ginekolodzy, którym diagnozę komplikują wczesne objawy niedoboru estrogenów, które pokrywają się częściowo z objawami depresji [7]. Badania wykazują, że lekarze niebędący psychiatrami na ogół bardzo dobrze *wyłuskują* pacjentów, u których występują istotne problemy psychiczne. Gorzej jest z różnicowaniem pomiędzy depresją a zaburzeniami typu nerwicowego, przebiegających z lękiem. Okazuje się, że w takiej sytuacji zbyt często rozpoznawane są zaburzenia lękowe (nerwice) zamiast depresji [8]. Może to powodować negatywne skutki w postaci braku leczenia przeciwdepresyjnego i uzależnienia od benzodwuzepinowych leków uspokajających.

Poradnia Zdrowia Psychicznego Przychodni Specjalistycznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki;
kierownik Przychodni: dr n. med. Piotr Woźniak



Tab. I. Specyficzne cechy depresji menopauzalnych

Cecha	Objawy, wskazówki
częste współwystępowanie i wysokie natężenie objawów lękowych	lęk, niepokój, rozdrażnienie
częste pobudzenie psychoruchowe zamiast zahamowania	niepokój manipulacyjny, niemożność <i>usiedzenia w miejscu, słowotok</i> itp.
niejednokrotnie burzliwy przebieg	częsty nagły początek i zmiany w zachowaniu trudne do zrozumienia przez bliskich
leczenie utrudnione ze względu na choroby towarzyszące	wiele chorób nasila, podtrzymuje lub wywołuje depresję, wielu leków nie można stosować ze względu na choroby towarzyszące (głównie TLPD – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne)
wyższe ryzyko zachowań samobójczych	w Polsce wskaźnik samobójstw wśród kobiet osiąga szczyt w 50. roku życia. W wieku 60 lat kobiety zrównują się pod tym względem z mężczyznami. W całej populacji w Polsce mężczyźni 4-krotnie częściej popełniają samobójstwo
częstszy nietypowy obraz kliniczny (w tym tzw. depresje maskowane)	liczne objawy somatyczne, w tym np. różnego rodzaju bóle, często spostrzegane przez pacjentki jako pierwszoplanowe dolegliwości.

jających lub nasennych. Rozpoznanie typu *neurosis neurovegetativa gradu maioris* bywa w polskich warunkach *niedźwiedzią* przysługą oddaną pacjentce.

Wartym wzmianki przykładem współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w okresie menopauzy jest fobia społeczna, której początkiem (elementem wyzwalającym) mogą być uderzenia gorąca i napady pocenia się i czerwienienia (tzw. objawy *wypadowe*). Nierzadko z powodu tych objawów dobrze funkcjonujące do tej pory osoby zaczynają unikać sytuacji związanych z ekspozycją społeczną, co może skutkować zaprzestaniem kontaktów towarzyskich, załamaniem kariery zawodowej, zaprzestaniem wychodzenia z domu itp. [9, 10].

Co do częstszej lekooporności wydaje się, że dane pochodzące z klasycznej literatury nie odpowiadają stanowi faktycznemu, ponieważ bazowały na opisach przypadków klinicznych przede wszystkim z psychiatrycznego leczenia zamkniętego, w którym leczeni byli zazwyczaj ciężej chorzy. Obecnie, dane pochodzące z leczenia ambulatoryjnego oraz obserwacje własne wskazują na podobną skuteczność leków przeciwdepresyjnych u pacjentek z depresją okresu przekwitania i w innych okresach życia [11–13]. Problemy w leczeniu farmakologicznym łączą się raczej z ograniczeniem listy preparatów ze względu na choroby towarzyszące w okresie przekwitania i związane z nimi przeciwwskazania oraz interakcje lekowe [14]. Potwierdzają się doniesienia, dotyczące silniej wyrażonych tendencji samobójczych u chorych z depresją w tym okresie życia.

Depresje maskowane

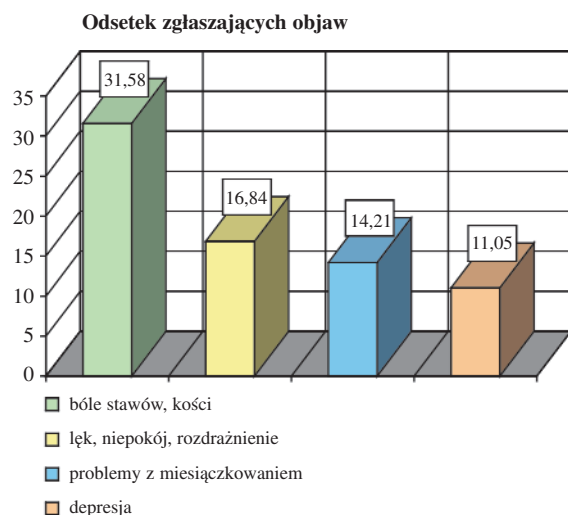
W wielu wypadkach obraz kliniczny menopauzalnych zaburzeń depresyjnych tak znacznie odbiega od typowego, że wprowadzono termin *depresji maskowa-*

nej. Poszczególne typowe dla depresji objawy, w tym tzw. objawy *osiowe* (obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, utrata zainteresowań, spadek aktywności złożonej) mogą wykazywać małe nasilenie, bądź też pozostają *w tle* innych dominujących dolegliwości (np. somatycznych), zgłaszanych przez chorego jako podstawowy problem zdrowotny. Okres okołomenopauzalny wybitnie sprzyja tym anomaliami, utrudniającym proces diagnostyczny.

Maskowanie depresji menopauzalnej wynika m.in. z faktu, iż część wczesnych objawów niedoboru estrogenów jest niezwykle podobna do symptomatologii depresyjnej. Są to bezsenność, zmiany nastroju, niepokój, nadmierna drażliwość, utrata koncentracji, zaburzenia pamięci, utrata libido [7]. Lekarz pierwszego kontaktu lub ginekolog ma więc kłopot obiektywny, co sprawia, że depresje o lekkim i umiarkowanym nasileniu (a jest ich w ambulatorium większość) często pozostają nierozpoznane.

Do nietypowego obrazu klinicznego depresji klimakterycznych oraz związanych z nim trudności diagnostycznych przyczynia się sposób traktowania menopauzy przez kobiety. Objawy związane z przekwitaniem mogą mieć inny charakter i natężenie w zależności od kręgu kulturowego [15, 16]. W kulturze zachodniej (i w Polsce) częstym jest negatywne nastawienie do klimakterium. Zjawisko to (w sposób oczywisty przesadzając) opisali tradycyjni psychoanalitycy, którzy traktowali menopauzę jako schorzenie psychospołeczne, używając takich określeń jak *organiczny koniec, częściowa śmierć* [17, 18]. Dodatkowo w Polsce, wg opinii niektórych socjologów, sposób traktowania menopauzy przez kobiety może wynikać z funkcjonującego modelu *matki Polki*, z dużą skłonnością do poświęcania się na rzecz dzieci (również dorosłych) i do *godzenia się* z własnymi dolegliwościami [19]. Takie nastawienie jest jedną z podstawowych trudności dia-





Ryc. 1. Pierwszoplanowe skargi kobiet z depresją w Poradni Menopauzy

gnostycznych w odniesieniu do depresji w menopauzie. Zarówno kobieta, jak i lekarz (wywodzący się z tego samego kręgu kulturowego) lekceważą objawy, co opóźnia właściwe rozpoznanie.

Wreszcie, im bardziej wyrażone są kulturowe uprzedzenia wobec zaburzeń psychicznych, tym częściej zamiast nich pacjentki zgłaszają dolegliwości somatyczne [20]. Nawet w tak *otwartym* pod względem mówienia o własnym stanie psychicznym społeczeństwie, z jakim mamy do czynienia w USA, zaledwie 1 spośród 20 osób z objawami depresyjnymi zgłasza depresję jako podstawowy powód wizyty u lekarza [21]. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy objawy nasilają się w związku z częstszym występowaniem chorób towarzyszących, co ma miejsce w okresie przekwitania. I tak, np. w grupie kobiet ze stwierdzonymi istotnymi klinicznie objawami

depresyjnymi w Poradni Menopauzy w ICZMP (pierwsza wizyta), najczęstszym objawem, podawanym jako podstawowy powód wizyty, były bóle stawów i kości. Tę kategorię zgłaszało aż 31,58% respondentek. Dane te przedstawia wykres na ryc. 1.

Potwierdzają się więc cytowane wcześniej spostrzeżenia Sherwina co do dużej częstości depresji maskowanych w tym okresie życia [5]. Wymienione zjawiska składają się na tzw. *klimakteryczną maskę* depresji, która wydaje się być specyficzną dla naszego kręgu kulturowego. Inne rodzaje depresji maskowanych przedstawiono w tab. II.

Leczenie depresji okresu okołomenopauzalnego

W depresjach okresu okołomenopauzalnego stosowane są te same leki, co w innych okresach życia, z uwzględnieniem wskazań (obraz kliniczny, przebieg, częstość nawrotów) oraz przeciwwskazań (choroby towarzyszące, interakcje lekowe, zagrożenie samobójstwem). Z takiego postawienia sprawy wynika jednak zdecydowanie rzadsze niż w innych grupach wiekowych stosowanie leków starszych, głównie klasycznych trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (TLPD). Pewne różnice wynikają też z wymienionych wcześniej odrębności obrazu klinicznego i przebiegu. Częściej stosowane są leki przeciwdepresyjne, które mają równoczesne działanie przeciwłękowe (np. mianseryna, tianeptyna), oraz leki z niską ilością interakcji, działań niepożądanych i przeciwwskazań.

Leki nowszych generacji są w depresjach okresu okołomenopauzalnego znacznie bezpieczniejsze. Skuteczność poszczególnych preparatów jest podobna, przy niższej liczbie i natężeniu objawów niepożą-

Tab. II. Nietypowy obraz kliniczny depresji – depresje maskowane

Maski vegetatywne i psychosomatyczne	Zaburzenia rytmów biologicznych
<ul style="list-style-type: none"> – zespół dławicy piersiowej (<i>pseudoangina pectoris</i>) – zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, stany spastyczne dróg żółciowych – zespół <i>niepokojnych nóg</i> – świąd skóry 	<ul style="list-style-type: none"> – bezsenność – nadmierna senność (hipersomnia)
	maski psychopatologiczne
	<ul style="list-style-type: none"> – jadłowstręt, chudnięcie – zaburzenia lękowe (lęk przewlekły, napadowy) – natręctwa
maski vegetatywne i psychosomatyczne	maski behawioralne
<ul style="list-style-type: none"> – bóle głowy, pleców, stawów – bóle w klatce piersiowej – neuralgie (np. nerwu trójdzielnego) 	<ul style="list-style-type: none"> – okresowe nadużywanie alkoholu – okresowe nadużywanie leków

Bilkiwicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J. Psychiatria kliniczna, tom II, Urban&Partner, Wrocław, 2002





Na podstawie:

1. Wojnar M. Program edukacyjny: Leczenie i rozpoznawanie depresji, 1999.
2. Hergueta T, Lecrubier Y, Inserm Management of Affective Disorders Program® U302, 1998.
3. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne PZWL, 2002.

Ryc. 2. Zjawisko wierzchołka góry lodowej

danych w stosunku do TLPD. Nie wykazano szczególnej lekooporności w odniesieniu do żadnego ze znanych preparatów.

Olbrzymia większość osób z depresją (ponad 90%) może być leczona w warunkach ambulatoryjnych. Leki przeciwdepresyjne nowszej generacji, dzięki swym właściwościom (dobra skuteczność, niska toksyczność, minimalne interakcje, nieliczne przeciwwskazania) umożliwiają lekarzom niebędącym psychiatrami podejmowanie prób samodzielnego diagnozowania i leczenia depresji. Z badań wynika, że większość osób z depresją nigdy nie trafia do psychiatrii [3, 4, 22] (ryc. 2.).

Jednym z najczęstszych błędów w leczeniu jest stosowanie zbyt niskich dawek preparatu oraz zbyt

szybka rezygnacja z danego leku wobec braku efektów. Większość leków przeciwdepresyjnych zaczyna działać pomiędzy 2. a 6. tyg. Leki należy stosować przez minimum 6 miesięcy od chwili uzyskania poprawy, a w przypadku częstych nawrotów 2 lata i dłużej. Udowodniono, że długotrwałe podawanie leków zapobiega nawrotom choroby (ok. 80% depresji ma charakter nawracający). Informację o czasie zadziałania leku i długości terapii pacjent powinien uzyskać podczas pierwszej wizyty. Zebrane zasady leczenia obrazuje tab. III. Rekomendowane preparaty i dawkowanie przedstawiono w tab. IV. Pominięto leki trójcykliczne (TLPD).

Niezależnie od naukowych dyskusji na temat bilansu zagrożeń i zysków somatycznych w związku ze stosowaniem HTZ, rozważany jest także jej wpływ na stan psychiczny kobiet, a w szczególności na przebieg zaburzeń depresyjnych. W prywatnych rozmowach z psychiatrami można się spotkać z poglądem (na szczęście coraz rzadziej), aby na wszelki wypadek w czasie trwania zespołu depresyjnego nie kontynuować HTZ. Taki punkt widzenia wynika z doniesień o znanym obniżającym nastrojów wpływie steroidowych leków przeciwzapalnych i progestagenów. Wśród ginekologów zaś pozytywny wpływ HTZ na depresyjnie obniżony nastrój bywa przeceniany. Tymczasem dotychczasowy stan wiedzy wskazuje na brak istotnego wpływu przeciwdepresyjnego HTZ. Nie ma też dowodów na szkodliwość HTZ u osób z depresją. Takie wyniki uzyskano w klasycznych 6-tygodniowych (takich samych, w jakich bada się leki przeciwdepresyjne) badaniach otwartych, oceniających efekty tera-

Tab. III. Podstawowe zasady farmakoterapii depresji okresu okołomenopauzalnego

Kategoria	Komentarz
wybór leku	<ul style="list-style-type: none"> – obowiązuje monoterapia – należy wybrać lek, który pomógł ostatnio – wybrać lek w zależności od obrazu klinicznego (np. w depresji z silnym lękiem stosować lek z dodatkowym działaniem anksjolitycznym) – należy wybierać leki nowej generacji (tab. IV)
informacje niezbędne dla pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> – o opóźnionym działaniu leku (między 2. a 6. tyg.) – o minimalnej długości leczenia (minimum 6 mies. od chwili poprawy) – o działaniach niepożądanych
częstość wizyt	<ul style="list-style-type: none"> – pierwsza wizyta kontrolna po 1–2 tyg. (ocena działań niepożądanych i ewentualna zmiana dawkowania) – kolejne wizyty co 4–6 tyg.
czas leczenia	<ul style="list-style-type: none"> – minimum 6 mies. od uzyskania poprawy (po pierwszym epizodzie depresji) – minimum 2 lata w przypadku kolejnego nawrotu w niewielkim odstępie czasowym
skierowanie do psychiatrii (lub szpitala psychiatrycznego)	<ul style="list-style-type: none"> – ciężka depresja – tendencje samobójcze – problemy diagnostyczno-terapeutyczne – na życzenie pacjenta



peutyczne HTZ. Efekty były niezależnie od rodzaju zastosowanych preparatów [12, 13]. W innych badaniach nie stwierdzono różnicy pomiędzy kobietami przyjmującymi *placebo* a leczonymi estrogenem. HTZ w tych próbach nie wpływała na obraz kliniczny depresji. Wykazano natomiast jej pozytywny wpływ w zakresie wybranych aspektów psychicznych HTZ w terapii długoterminowej. Jak wynika z badań, HTZ nie pogarsza przebiegu depresji, a w wielu wypadkach sprzyja poprawie (szczególnie w dłuższej perspektywie) poprzez likwidację lub zmniejszenie nasilenia objawów wypadowych i poprawę wybranych parametrów życia psychicznego [23].

Na zakończenie kilka słów o roli psychoterapii depresji w menopauzie. Nikogo (z wyjątkiem grupy ortodoksyjnych psychologów) nie trzeba przekonywać, że podstawową metodą leczenia wielkiej depresji jest farmakoterapia, która wpływa na neuroprzekaznictwo w OUN. Jednak w okresie okołomenopauzalnym występuje cały szereg zjawisk związanych z kręgiem kulturowym, zmianą roli życiowej, końcem pracy zawodowej, odejściem dzieci z domu, z relacją z partnerem itp. Są to tzw. czynniki patoplastyczne, sprzyjające depresji, podtrzymujące depresję, modyfikujące jej przebieg. Chemia mózgu nie ma na nie wpływu. W związku z tym psychoterapia wydaje się być niezwykle pożądaną metodą towarzyszącą farmakoterapii. Kłopot w tym, iż w Polsce niewielu psychologów (psychoterapeutów) chce się zajmować problemami kobiet w okresie przekwitania. Wiele ośrodków psychoterapii w Polsce wyznaje zasadę (nie zawsze oficjalnie), że psychoterapia jest efektywną metodą u *pięknych, inteligentnych, zdrowych, młodych i bogatych*. To oczywiście przerośnięta, mówiąca u jakich osób występuje największa motywacja do leczenia, a co za tym idzie – najlepsze efekty terapeutyczne. W okresie menopauzy większość kobiet nie ma jednak wymienionych atutów *psychoterapeutycznych*. Tym niemniej psychoterapia indywidualna u kobiet z depresją w okresie przekwitania jest niezwykle pożądana i lekarz prowadzący, ustaliwszy wskazania do takowej, powinien zrobić wszystko, aby doszła do skutku. Najczęściej chodzi o interwencję *typu kryzysowego* (kilka, kilkanaście spotkań), rzadziej o terapię długoterminową.

W wielu wypadkach psychoterapia indywidualna nie jest możliwa (przyczyny obiektywne lub niechęć pacjentki), choć teoretycznie byłaby pożądaną. W takich sytuacjach, w niektórych ośrodkach możliwym jest zorganizowanie tzw. *grup wsparcia*. Jest to forma psychoterapii grupowej, działająca na zasadzie grupy samopomocy, w której pacjenci (pacjentki) pełnią rolę gospodarzy i współterapeutów. Standardowo grupy mają charakter otwarty, bez określonego początku i końca terapii, każda osoba korzysta ze spotkań w zakresie, który jej odpowiada. Częstość spotkań określają sami uczestnicy, nie istnieją ściśle kryteria kwa-

Tab. IV. Leki przeciwdepresyjne

SELEKTYWNE INHIBITORY WYCHWYTU ZWROTNEGO SEROTONINY (SSRI)		
Preparaty	Dawkowanie	
	początkowe	docelowe
citalopram, fluoksetyna, paroksetyna	20 mg/dobę	20 (40) mg/dobę maks. 60 mg
sertralina	50 mg/dobę	50 (100) mg/dobę maks. 200 mg
fluwoksamina	50 mg/dobę	100 mg/dobę maks. 300 mg
CZTEROPIERŚCIENIOWE LEKI PRZECIWDEPRESYJNE (CLPD)		
Preparaty	Dawkowanie	
	początkowe	docelowe
mianseryna	30 mg/dobę	60–120 mg/dobę maks. 180 mg/dobę
ODWRACALNE INHIBITORY MONOAMINOOKSYDAZY (RIMA)		
Preparaty	Dawkowanie	
	początkowe	docelowe
moklobemid	150 mg/dobę	300–450 mg/dobę maks. 600 mg/dobę
ANTAGONIŚCI WYCHWYTU ZWROTNEGO SEROTONINY		
Preparaty	Dawkowanie	
	początkowe	docelowe
tianeptyna	37,5 mg/dobę	37,5 mg/dobę maks. 50 mg/dobę
INHIBITORY ZWROTNEGO WYCHWYTU SEROTONINY I NORADRENALINY (SNRI)		
Preparaty	Dawkowanie	
	początkowe	docelowe
wenlafaksyna	75 mg/dobę	150 mg/dobę maks. 375 mg/dobę
milnacypran	25 mg/dobę	100 mg/dobę

lifikacji do udziału w terapii – podstawowym jest chęć uczestnictwa. W ICZMP od roku 1994 do 2003 funkcjonowały 2 takie grupy. Z perspektywy czasu widać, że największą korzyść z tej formy leczenia odnoszą osoby samotne oraz te, dla których zmiany zachodzące w okresie przekwitania (biologiczne, psychologiczne, psychospołeczne) przekroczyły ich możliwości adaptacyjne.



Summary

Depression, considered as an illness demanding a medical treatment, is a common case in a woman's menopausal period. The discussion which in scientific literature has lasted for years refers to: etiology and pathogenesis of the depressive syndromes of this period, their features distinctive from other affective diseases, and problems connected with a proper classification and terminology. In this discussion the specific features of the symptoms, and the atypical course of the climacteric depression are raised. In a treatment of this kind of depression a requirement to consider specific biological, psychological, and psycho-social conditions of the climacteric period is emphasized. This article is an attempt of organizing knowledge concerned to the above-mentioned subjects.

Key words: depression, menopause

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J. *Psychiatria kliniczna*. Tom II. Urban&Partner; Wrocław 2002: 143-5.
2. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. *The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression*. *Maturitas* 1992; 14 (2): 143-55.
3. Lecrubier Y, Hergueta T. *Differences between prescription and consumption of antidepressants and anxiolytics*. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13 (Suppl 2): S7-11.
4. Pużyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. PZWL, Warszawa 2002.
5. Sherwin BB. *Menopause und Depression*. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1994; 54, VIII-IX.
6. Pużyński S. *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988.
7. Pawlikowski M, et al. *Leczenie hormonami i pochodnymi hormonów*. PZWL, Warszawa 1996: 242.
8. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. *Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care*. *Br J Psychiatry* 1996; (Suppl), MULTICENTER STUDY (30): 38-43.
9. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne *Vesalius*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa, 1998.
10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne *Vesalius*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa, 1997.
11. Krogulski S, Lipińska-Szałek A, Oszukowski P, Woźniak P. *Fluwoksamina w leczeniu depresji u kobiet w okresie okołomenopauzalnym*. *Abstract. Gin Pol* 2000; suplement – streszczenia z XXVII Kongresu PTG: 242.
12. Krogulski S, Lipińska-Szałek A, Rabe-Jabłońska J. *Simultaneous use of sertraline and hormonal replacement therapy (HRT) in women with major depression during the menopausal period*. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; Vol. 10, (Suppl 3): 261-62.
13. Krogulski S, Lipińska-Szałek A, Rabe-Jabłońska J. *Jednoczesne stosowanie moklobemidu i hormonalnej terapii zastępczej u kobiet z depresją w okresie okołomenopauzalnym*. *Drogowskazy – terapia depresji* 2000; 2 (2): 26-35.
14. Kostowski W, Pużyński S. (red.). *Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna*. PZWL, Warszawa 1996.
15. Hunter MS. *Depression and the menopause*. *BMJ* 1996, (31397067), 1217-8.
16. Polit DF, LaRocco SA. *Social and psychological correlates of menopausal symptoms*. *Psychosom Med* 1980; 42: 335-45.
17. Deutsch H. *The psychology of women*. Grune&Statton, New York 1945: 456-87.
18. Bendek T. *Climacterium: a developmental phase*. *Psychoanal Q* 1950; 19: 1-27.
19. Jarosz M. *Samobójstwa*. PWN, Warszawa 1997.
20. Rush AJ. *Problems associated with the diagnosis of depression*. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (Suppl 6): 15-22.
21. Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. *Prevalence of depressive symptoms in primary care*. *J Fam Pract* 1993; 37 (4): 244-337.
22. Wojnar M. *Program edukacyjny: Leczenie i rozpoznawanie depresji*. 1999; Servier: 3.
23. Lipińska-Szałek A, Krogulski S, Nadel I, Pertyński T. *Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego u pacjentek przyjmujących tibolon (Livial)*. *W: Menopauza 2000*. ICZMP wyd. ADI 2000: 45-50.

Adres do korespondencji

Poradnia Zdrowia Psychicznego Przychodni Specjalistycznej
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

