

## Częstość występowania objawów depresji w przebiegu zespołu klimakterycznego u kobiet w okresie postmenopauzy

### *The frequency of depressive signs alongside menopausal syndrome in postmenopausal women*

Iwona Jagielska<sup>1</sup>, Marek Grabiec<sup>2</sup>, Bartłomiej Wolski<sup>1</sup>, Wiesław Szymański<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Płodnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Wiesław Szymański

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy; kierownik Kliniki: dr hab. med. Marek Grabiec, prof. UMK

Przegląd Menopauzalny 2007; 3: 140–144

#### Streszczenie

**Materiał i metody:** Do badania włączono 61 kobiet leczonych z powodu objawów zespołu klimakterycznego. U wszystkich kobiet oceniono stopień nasilenia zespołu klimakterycznego wg skali Kuppermana i Greena oraz stopień nasilenia depresji wg skali Becka i Hamiltona. Zaobserwowano wzrost częstości występowania objawów depresji wraz ze wzrostem stopnia nasilenia zespołu klimakterycznego. Stwierdzono dodatnią korelację między skalami klimakterycznymi i skalami depresji oraz między wiekiem wystąpienia OM a nasileniem depresji rozpoznanej przy użyciu skali Becka.

**Słowa kluczowe:** zespół klimakteryczny, depresja, skale klimakteryczne, skale depresji

#### Summary

**Objective:** The frequency of depressive signs alongside menopausal syndrome in postmenopausal women.

**Design:** Estimation of frequency of depressive signs alongside menopausal syndrome in postmenopausal women.

**Materials and methods:** This study was carried out on 61 female patients complaining of menopausal symptoms. The mean age of women under examination was 53.49±5.88 years. All the patients were in the postmenopausal period. The degree of intensification of postmenopausal syndrome was carried out using Kupperman's and Green's scales and depression symptoms using Beck's and Hamilton's scale.

**Results:** Depression assessed with Hamilton's scale was observed in all women with severe postmenopausal syndrome. Depression assessed with Beck's scale was observed in 12 women (85.71%) with severe postmenopausal syndrome. There were very high statistically significant positive correlations between Hamilton's and Kupperman's scales ( $p<0.0001$ ), Hamilton's and Green's scales ( $p<0.0001$ ) and Beck's and Green's scales ( $p=0.0012$ ). The correlations between Beck's and Kupperman's scales were not statistically significant. The correlations between Beck's and Hamilton's scales ( $p<0.0001$ ) and Kupperman's and Green's scales ( $p<0.0001$ ) scale were also statistically significant.

**Conclusions:** The results of the study point to an increase in the frequency of depressive signs alongside the increase in the degree of intensification of menopausal syndrome. Positive correlations between menopausal scales and depressive scales were revealed.

**Key words:** menopausal syndrome, depression, scales of menopausal signs, scales of depression

#### Wstęp

Menopauza stanowi punkt zwrotny w życiu kobiety. Znacznemu obniżeniu ulegają poziomy hormonów płciowych,

ustaje owulacja oraz pojawiają się dolegliwości i schorzenia somatyczne, pogarszające jakość życia. Niejednokrotnie dochodzi do niekorzystnych zmian sytuacji

Adres do korespondencji:

dr med. Iwona Jagielska, asystent, Katedra i Klinika Płodnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

społecznej i rodzinnej, co może sprzyjać występowaniu depresji.

Współdziałanie czynników hormonalnych, genetycznych, psychospołecznych wydaje się odgrywać istotną rolę w ujawnianiu się objawów depresji u kobiet [1–3]. Aspekt biologiczny związku zaburzeń nastroju z menopauzą uwzględnia rolę estrogenów. Niedobór estrogenów może być przyczyną depresji bezpośrednio poprzez efekt biochemiczny, albo pośrednio, przez powodowanie uciążliwych objawów wypadowych [4]. Uważa się, że w okresie około- i pomenopauzalnym wzrasta częstość występowania i nasilenia depresji, zwłaszcza u kobiet w wieku 45–54 lat [4]. Objawy zespołu klimakterycznego w tzw. efekcie domina są przyczyną występowania objawów psychicznych. Poty nocne, a zwłaszcza uderzenia gorąca i zaburzenia snu, powodują objawy somatyczne w postaci łatwego męczenia się, obniżenia nastroju, spadku poczucia własnej wartości [5]. Współczesne badania epidemiologiczne nie potwierdziły jednak, że depresja w okresie klimakterium stanowi osobną jednostkę chorobową [3].

Najczęstsze objawy depresji w okresie menopauzalnym, to rozdrażnienie, płaczliwość, lęk, przygnębienie, labilność nastroju, brak motywacji, energii, słaba koncentracja, zaburzenia snu. Objawy te uwzględniane są w skalach klimakterycznych (skala Kuppermana, Greena). Istotne jest więc rozróżnienie między depresją jako chorobą a nastrojem depresyjnym. Do badań epidemiologicznych na całym świecie używane są skale oceny stanu psychicznego – skala samooceny wg Becka i skala Hamiltona [6–9].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania objawów depresji u kobiet z objawami zespołu klimakterycznego w okresie postmenopauzy oraz analiza korelacji między skalami klimakterycznymi Kuppermana i Greena a skalami depresji Becka i Hamiltona.

## Materiał i metody

Badaniami objęto 61 kobiet z objawami zespołu klimakterycznego. Średni wiek w badanej grupie kobiet wynosił  $53,49 \pm 5,88$  lat. Średni czas od wystąpienia OM –  $5,79 \pm 6,16$  lat. Średni wiek wystąpienia OM wynosił  $47,70 \pm 4,48$  lat. Wszystkie kobiety znajdowały się w postmenopauzie. Średnie stężenie FSH (hormon folikulotropowy) wynosiło  $77,07 \pm 31,91$  mU/ml, LH –  $35,67 \pm 15,99$  mU/ml,  $E_2$  –  $15,86 \pm 14,57$  pg/ml. U wszystkich kobiet oceniono stopień nasilenia zespołu klimakterycznego wg skali Kuppermana i Greena oraz objawów depresji przy użyciu skali depresji Becka i Hamiltona. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu komputerowego programu Statistica firmy Statsoft.

## Wyniki

W analizowanej grupie oceniano stopień nasilenia objawów zespołu klimakterycznego wg skali Kuppermana i Greena (tab. I, II) oraz stopień nasilenia depresji przy użyciu skali Becka i Hamiltona (tab. III, IV).

Najczęściej zgłaszanym objawem depresji wg skali Becka była obawa przed przyszłością u 50 (81,97%) kobiet, nerwowość u 50 (81,97%), łatwiejsze męczenie się u 50 (81,97%), kłopoty ze snem u 46 (75,41%), osłabienie *libido* u 46 (75,41%), trudności z podjęciem decyzji u 43 (70,49%), przygnębienie, smutek u 42 (68,85%) kobiet. Najrzadziej występowało poczucie winy i kary – u 4 (6,56%) pacjentek oraz myśl o samobójstwie – u 3 (4,92%) kobiet.

Tab. I. Stopień nasilenia zespołu klimakterycznego (wg skali Kuppermana)

Skala Kuppermana	Liczba kobiet		Średnia punktacja	
	N	odsetek	M	SD
brak	13	21,31	11,62	2,66
lekki	4	6,56	17	1,63
średni	30	49,18	28,30	4,21
ciężki	14	22,95	41,14	5,11
razem	61	100,00	26,95	11,01

Tab. II. Stopień nasilenia zespołu klimakterycznego (wg skali Greena)

Skala Greena	Liczba kobiet		Średnia punktacja	
	N	odsetek	M	SD
pkt <21	22	36,07	16,36	4,15
pkt >21	39	63,93	38,46	29,25
razem	61	100,00	30,49	25,73

Tab. III. Stopień nasilenia objawów depresji (wg skali Becka)

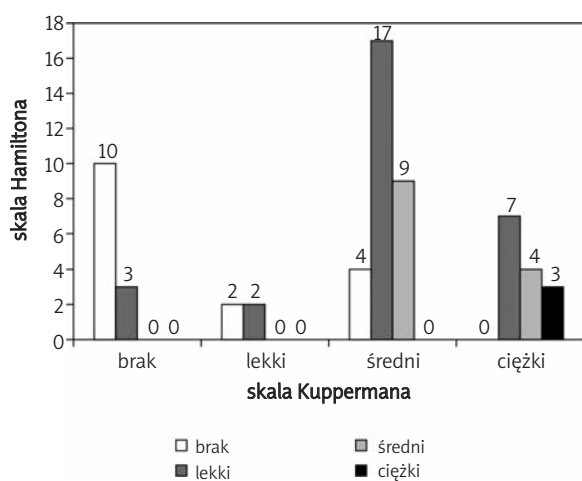
Skala Becka	Liczba kobiet		Średnia punktacja	
	N	odsetek	M	SD
brak	21	34,42	6,48	3,14
lekki	28	45,90	14,18	1,93
średni	6	9,84	21,33	1,75
ciężki	6	9,84	30,67	4,89
razem	61	100,00	13,85	7,76

Najczęstszymi dolegliwościami wg skali Hamiltona zgłaszanymi przez pacjentki było osłabienie libido u 48 (78,69%) kobiet oraz dobowe wahanie samopoczucia u 48 (78,69%) kobiet. Następnie w kolejności obserwo-

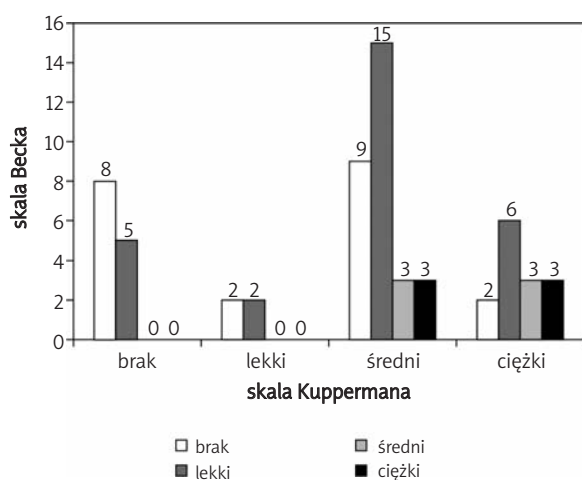
wano wczesne budzenie się u 47 (77,05%), płytki, przerywany sen u 41 (67,21%), nastrój depresyjny u 36 (59,02%) kobiet. U żadnej pacjentki nie stwierdzono takich objawów, jak urojenia, brak krytycyzmu i depersonalizacja.

Tab. IV. Stopień nasilenia objawów depresji (wg skali Hamiltona)

Skala Hamiltona	Liczba kobiet		Średnia punktacja	
	N	odsetek	M	SD
brak	16	26,23	4,60	1,82
lekki	29	47,54	13,00	3,24
średni	13	21,31	19,69	1,70
ciężki	3	4,92	28,33	0,58
razem	61	100,00	13,00	6,80



Ryc. 1. Współzależność nasilenia stwierdzanych objawów u badanych kobiet (wg skali Kuppermana i Hamiltona)



Ryc. 2. Współzależność nasilenia stwierdzanych objawów u badanych kobiet (wg skali Kuppermana i Becka)

Najczęściej występującymi objawami klimakterycznymi wg skali Kuppermana u pacjentek z rozpoznaną depresją wg skali Becka były nerwowość (97,50%), pocenie się (92,50%), bezsenność (90%), przygnębienie (90%), ogólne osłabienie (82,50%), bóle mięśniowo-stawowe (80%), uderzenia krwi do głowy (75%), bicie i kotatanie serca (65%), parestezje (60%), zawroty głowy (50%).

W grupie kobiet z objawami depresji ocenianej wg skali Hamiltona częstość występowania objawów klimakterycznych wg skali Kuppermana była bardzo zbliżona. Najczęstszymi objawami klimakterycznymi wg skali Greena, występującymi u kobiet z objawami depresji poza wymienionymi już objawami wg skali Kuppermana była nadmierna pobudliwość u 39 pacjentek (97,50%), drażliwość u 39 (97,50%), uczucie napięcia u 34 (85,50%), trudności w koncentracji u 34 (85,50%), utrata zainteresowań u 33 (82,50%), utrata zainteresowania życiem płciowym u 32 (80%), trudności w zasypianiu u 31 (77,5%) oraz bóle głowy u 30 (75%).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność między stopniem nasilenia objawów depresji wg skali Becka a wiekiem wystąpienia ostatniej miesiączki. U kobiet z objawami ciężkiej depresji stwierdzono najniższy wiek wystąpienia ostatniego krwawienia miesięcznego – 41,40±1,64 lat. W grupie kobiet, w której nie rozpoznano objawów depresji wg skali Becka średni wiek wystąpienia ostatniej miesiączki wynosił 48,3±2,77 lat (p<0,005).

U badanych kobiet dokonano oceny współzależności między stopniem nasilenia zespołu klimakterycznego wg skali Kuppermana i Greena a występującą depresją, ocenianą przy użyciu skali Becka i Hamiltona. Zaobserwowano wzrost częstości występowania objawów depresji wraz ze stopniem nasilenia objawów zespołu klimakterycznego. U wszystkich kobiet z objawami ciężkiego zespołu klimakterycznego rozpoznano depresję wg skali Hamiltona oraz u 12 kobiet (85,71%) wg skali Becka (ryc. 1–2).

Ocena statystyczna korelacji między skalami klimakterycznymi i depresji wykazała bardzo wysoce istotną statystycznie korelację dla skali Hamiltona i Kuppermana (p<0,0001), Hamiltona i Greena (p<0,0001) oraz Becka i Greena (p=0,0012). Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji dla skali Becka i Kuppermana. Istotne statystycznie korelacje stwierdzono także dla skal Becka i Hamiltona A (p<0,0001) oraz Kuppermana i Greena (p<0,0001).

## Dyskusja

Według wielu autorów w okresie około- i pomenopauzalnym obserwuje się większe ryzyko wystąpienia depresji w porównaniu z populacją ogólną [6, 10, 11]. Problem związku menopauzy z depresją nie jest jednoznacznie rozstrzygnięty, a opinie na ten temat są skrajne [10, 12]. Większość autorów uważa, że okres menopauzy

nie jest sam w sobie przyczyną depresji, natomiast częstsze w tym okresie życia czynniki traumatyczne sprzyjają jej wystąpieniu [6, 13, 14].

Avis i wsp. [12] w prospektywnym badaniu, obejmującym 5-letnią obserwację 2500 kobiet nie stwierdzili, by wystąpienie menopauzy naturalnej zwiększało ryzyko klinicznie zdefiniowanej depresji. W badaniach przeprowadzonych w Kanadzie i Anglii wykazano, że ok. 90% kobiet w okresie klimakterium jest bardziej depresyjnych i wrażliwych.

W pracy do oceny stopnia nasilenia objawów depresji wykorzystano skalę samooceny Becka (wypełnianą przez pacjentkę) oraz skalę depresji Hamiltona, wypełnianą przez lekarza na podstawie rozmowy z pacjentką. Przydatność skali Becka do przesiewowego rozpoznawania depresji podkreślają niektórzy autorzy [6, 15]. Depresyjność, którą odzwierciedla wynik skali Becka, stanowi jedną z istotnych składowych obrazu klinicznego klimakterium [8].

Według Araszkieвича i wsp. [6] co 3. pacjentka zgłaszająca się do ginekologa wykazuje zaburzenia nastroju, a sklasyfikowane zaburzenia nastroju występują u 19,1 kobiet. Wśród kobiet, które zgłaszają się do poradni ginekologicznej z powodu objawów klimakterycznych, częstość zaburzeń nastroju wzrasta 2-krotnie [6, 8].

Zbliżone wyniki uzyskano w pracy. W grupie badanej u 65,57% kobiet na podstawie skali Becka rozpoznano depresję, a u 6 (9,84%) kobiet objawy ciężkiej depresji. Objawy depresji wg skali Hamiltona rozpoznano u 73,78% badanych kobiet. Pacjentki z objawami ciężkiej depresji kierowano na konsultację psychiatryczną. Według Schmidta i wsp. [16], Araszkieвича i wsp. [6], wystąpieniu depresji sprzyjają epizody depresji w wywiadzie, obciążenie genetyczne oraz niższy status ekonomiczny. Rubinow [17], Steiner [18], Soares [13] podają, że kobiety są bardziej podatne na wystąpienie objawów depresji podczas okresów życia charakteryzujących się istotnymi zmianami hormonalnymi (np. w fazie przedmiesiączkowej, po porodzie, w okresie okołomenopauzalnym). Mniej jest danych dotyczących nasilenia objawów depresji okresu okołomenopauzalnego z depresją w wywiadzie [6]. Podkreśla się osobniczą zmienność, charakteryzującą się m.in. różną wrażliwością na poziomy hormonów płciowych u różnych kobiet [16].

W pracy nie wykazano korelacji między stopniem nasilenia objawów depresji a zaistniałymi wydarzeniami życiowymi (śmierć w rodzinie, rozwód, kłopoty zawodowe). Większość autorów wskazuje na silny wpływ czynników psychospołecznych na ujawnianie się depresji w okresie okołomenopauzalnym [6, 8, 13, 20]. Green i wsp. [12] wykazali, że czynniki psychosocjalne, częstsze w okresie menopauzy, wpływają na wystąpienie objawów depresji bardziej niż status menopauzalny. Największe ryzyko wystąpienia depresji stwierdza się ok. 5 lat przed menopauzą. Analiza statystyczna uzyskanych wyników nie potwierdziła istotnej korelacji między stopniem nasilenia objawów depresji a epizodem depresji

w wywiadzie. Stwierdzono natomiast korelację między wiekiem wystąpienia ostatniej miesiączki a stopniem nasilenia objawów depresji ocenianej wg skali Becka. Najniższy wiek ostatniego krwawienia miesięcznego (41,50±1,64 lat) stwierdzono w grupie kobiet z rozpoznaną ciężką depresją, przy czym 75% kobiet w tej grupie stanowiły pacjentki po operacyjnym usunięciu macicy wraz z przydatkami, lub tylko po usunięciu przydatków. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów [13, 21]. Araszkievicz i wsp. [6] stwierdzają, że objawy ciężkiej depresji związane są częściej z menopauzą spowodowaną usunięciem jajników.

Najczęstszymi objawami zespołu klimakterycznego wg skali Kuppermana u kobiet z rozpoznaną depresją wg skali Becka i Hamiltona była nerwowość (97%), pocenie się (92%), bezsenność (90%), przygnębienie (90%), ogólne osłabienie (82%), bóle mięśniowo-stawowe (80%), uderzenia krwi do głowy (80%), bicie i kołatanie serca (68%); wg skali Greena, poza już wymienionymi obserwowano ponadto trudności w koncentracji (85,50%), utratę zainteresowania życiem płciowym (80%) i trudności w zasypianiu (77,50%).

Warenik-Szymankiewicz [4] u kobiet z objawami zespołu klimakterycznego, ocenianego na podstawie skali Hamiltona zaburzenia snu stwierdzała u 68%, objawy somatyczne u 72,6%, objawy niepokoju i lęku u 69,3%. Zbliżoną częstość objawów menopauzalnych u kobiet z objawami depresji wg Becka i Hamiltona wykazuje w pracy Araszkievicz i wsp. [6].

W pracy autorów zaobserwowano wzrost częstości występowania objawów depresji ocenianej przy użyciu skali Hamiltona i Becka wraz ze stopniem nasilenia objawów zespołu klimakterycznego wg skali Kuppermana i Greena. Stwierdzono dodatnią korelację bardzo wysoce istotną statystycznie dla skal Hamiltona i Kuppermana ( $p < 0,0001$ ), Hamiltona i Greena ( $p < 0,0001$ ) oraz Becka i Greena ( $p = 0,0012$ ). Według Warenik-Szymankiewicz [4] istnieje istotny statystycznie związek między wskaźnikiem Kuppermana a wynikami uzyskanymi w skali Hamiltona. Podobną zależność dla skal Kuppermana i Hamiltona stwierdza w pracy Stopień i wsp. [22]. W badanej grupie kobiet nie zaobserwowano korelacji istotnej statystycznie dla skal Kuppermana i Becka, podawanej przez innych autorów [8]. Wzrost częstości występowania i nasilenia objawów depresji u kobiet z objawami zespołu klimakterycznego nasuwa konieczność rozważenia konsultacji psychiatrycznej u kobiet z objawami depresji w przebiegu zespołu klimakterycznego, a jednocześnie stwarza możliwość uzyskania poprawy klinicznej po zastosowaniu HTZ.

## Wnioski

1. U kobiet w okresie postmenopauzy częstość występowania objawów depresji wzrasta wraz ze wzrostem stopnia nasilenia zespołu klimakterycznego.

2. Istnieją dodatnie korelacje między skalami depresji Becka i Hamiltona oraz skalami klimakterycznymi Kuppermana i Greena.

## Piśmiennictwo

1. Baldwin DS, Hirschfeld R. Depresja. Wydawnictwo Medyczne Via Medica. Gdańsk 2001.
2. Blumel JE. Quality of life after menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
3. Paykel ES. Depresja u kobiet i jej wpływ na życie rodzinne. *WPA Bulletin on Depression* 1999; 4 (17): 3-5.
4. Warenik-Szymankiewicz A, Męczekalski B. Estrogeny a funkcje centralnego układu nerwowego. VI Zjazd PTMiA Zakopane 4-6 grudnia 2003. *Antyaging* 2003; 5 (5): 37-39.
5. Stopień R, Warenik-Szymankiewicz A. W: Bręborowicz G. Późnictwo i ginekologia. Wyd. I. Wydawnictwo Medyczne PZWL Warszawa 2006; 718-720.
6. Araszkiwicz A, Płocka-Lewandowska M. Zaburzenia psychiczne w okresie przekwitania. *Magazyn Medyczny. Ginekologia* 2001; 1: 16-20.
7. Wojnar M, Drózd W, Araszkiwicz A i wsp. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002; 2 (3): 187-198.
8. Wojnar M, Drózd W, Araszkiwicz A i wsp. Badanie rozpowszechnienia depresji wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym zgłaszających się do lekarzy ginekologów. *Ginekologia Praktyczna* 2002; 2 (65): 2-9.
9. Zgliczyński S. Starzenie się – wyzwaniem ludzkości na nowe tysiąclecie. W: V Zjazd PTMiA Warszawa 30.11–02.12.2000, Warszawa 2000; 12-25.
10. Hays I, Oclema JK, Brunner RR. Effects of estrogen + progestin on Health Related Quality of life. *Eng J Med* 2003; 348: 1839-1854.
11. Krogulski S, Lipińska-Szałek A. Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Przeгляд Menopauzalny* 2004; 3: 31-38.
12. Paszkowski T. Wpływ hormonalnej terapii zastępczej na jakość życia. *Zeszyty Novo Nordisk* 2001; 16: 3-20.
13. Krogulski S, Pertyński T. Depresja w okresie menopauzalnym – klasyfikacja, terminologia, biologiczne uwarunkowania. W: *Menopauza. IV Kongres Menopauzalny, Łódź 1–3 marca 2001* ICZMP. T Pertyński (red.). Wydawnictwo ADI, Łódź 2001: 195-201.
14. Radziwoń-Zaleska W. Zaburzenia nastroju w okresie menopauzalnym. VII Zjazd PTMiA. Zakopane 7–9.12.2006 r. Zakopane 2006; 48-51.
15. Świącicki Ł. Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002; 2: 151-159.
16. Schmidt PJ, Rubinow DR. Neuroregulatory role of gonadal steroids in humans. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 219-222.
17. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 839-850.
18. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003; 74: 67-83.
19. Soares EN, Poitras JP. Effect of reproductive hormones and selective estrogen receptor modulators on mood during. *Menopause Drugs and Aging* 2003; 20: 85-101.
20. Lipińska-Szałek A, Sobczuk A, Pertyński T, Szymczak W. Wpływ czynników biologicznych i psychospołecznych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego. W: *Menopauza. IV Kongres Menopauzalny, Łódź 1–3 marca 2001* ICZMP. T Pertyński (red.). Wydawnictwo ADI, Łódź 2001: 183-189.
21. Suzin J, Surkont G. Psychiczne skutki menopauzy chirurgicznej. W: *Menopauza. IV Kongres Menopauzalny, Łódź 1–3 marca 2001* ICZMP. T Pertyński (red.). Wydawnictwo ADI, Łódź 2001: 191-193.
22. Stopień R, Hadas K, Maciejewska M, Wiza M. Stopień nasilenia objawów zespołu klimakterycznego a występowanie depresji ocenianej skalą Hamiltona u kobiet po menopauzie. *Gin Pol* 1997; 68: 427.