

Zaburzenia nastroju

Kobiety w czerni



Profesor S. Pużyński od wielu lat bada przyczyny, przebieg i metody leczenia zaburzeń afektywnych

STANISŁAW PUŻYŃSKI

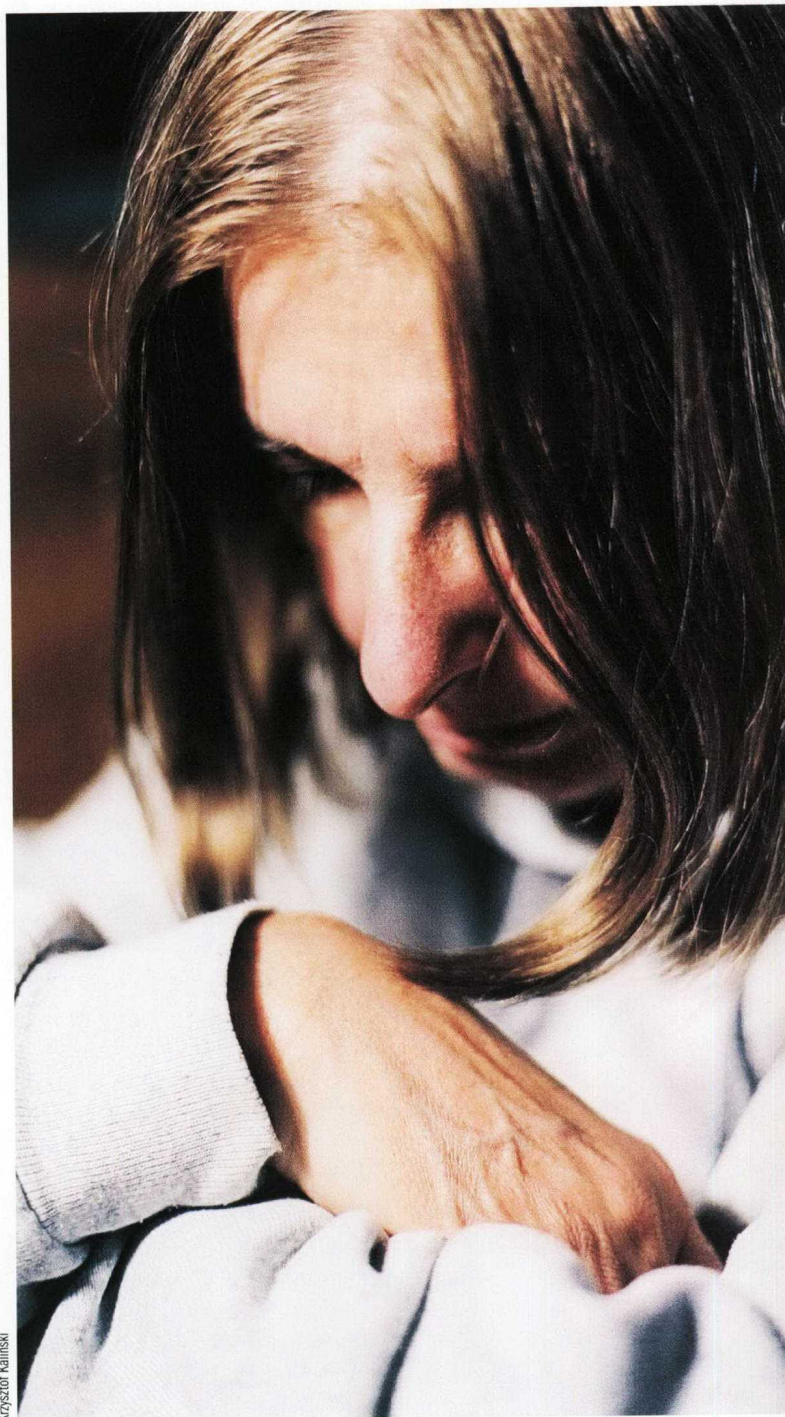
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Komitet Terapii i Nauk o Leku
Polskiej Akademii Nauk, Warszawa
puzynsk@ipin.edu.pl

Dlaczego kobiety częściej od mężczyzn zapadają na choroby psychiczne, zwłaszcza związane z zaburzeniami nastroju? Odpowiedź kryje się na pograniczu biologii, psychologii i socjologii

Badania epidemiologiczne wskazują, że kilka grup zaburzeń psychicznych dotyka wyraźnie częściej kobiety, niż mężczyźni. Należą do nich m.in. depresje o różnym przebiegu i nasileniu, stany lękowe (zwłaszcza lęk napadowy), przekonanie o różnorodnych chorobach somatycznych, zaburzenia osobowości. Ale to nie wszystko. Do tej listy należy jeszcze dodać specyficzne dla kobiet zaburzenia emocji i nastroju w drugiej fazie cyklu miesięcznego oraz tzw. depresję piątego dnia występującą czasem po porodzie. O ile w dwóch ostatnich przypadkach zasadniczy wydaje się wpływ kobiecej fizjologii, to naukowcy szukający przyczyn częstszego występowania u kobiet pozostałych zaburzeń znaleźli kilka, nieraz konkurencyjnych wyjaśnień.

Koncepcje psychologiczne podkreślają znaczenie szczególnych cech osobowości kobiet, które predystynują je do reagowania depresją w określonych sytuacjach. Autorzy koncepcji socjologicznych przypisują szczególne znaczenie m.in. pozycji społecznej kobiet (przy dominacji mężczyzn), przeciążeniu obowiązkami domowymi oraz związanymi z wychowywaniem dzieci (często przy braku gratyfikacji, satysfakcji), czy konfliktom małżeńskim. Mocną pozycję mają także koncepcje wskazujące na biologiczne podłoże chorób psychicznych kobiet. Kluczową rolę miałyby tu czynniki genetyczne oraz znacznie lepiej poznane kobiece hormony płciowe obecne na wszystkich etapach rozwoju organizmu:

dietylstilbestrol w życiu płodowym i dramatyczne wręcz wahania poziomu estrogenów i progesteronu w cyklu życiowym kobiety.



Krzysztof Kalinowski

Dwie na jednego

Analizy przeprowadzone w różnych krajach wskazują, że poza nielicznymi wyjątkami nawracające zaburzenia afektywne (zaburzenia nastroju, ang. mood disorders) występują około dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn (proporcja ta waha się w różnych populacjach: od 1,6:1 na Tajwanie do 3,5:1 w Niemczech), dotyczy to głównie niejednorodnej grupy nawracających zaburzeń depresyjnych oraz przewlekłego, umiarkowanego obniżenia nastroju (dystymii), w których znaczną rolę odgrywają czynniki psychospołeczne. Należy jednak pamiętać, że statystyki te mogą być zawyżone np. ze względu na to, że kobiety częściej niż panowie korzystają z pomocy lekarskiej, w tym psychiatrycznej.

Jeśli chodzi o częstość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej (zwanej dawniej maniako-depresyjną), nie stwierdza się dużych różnic między płciami. Niestety, najcięższy przebieg tej choroby, polegający na częstych, naprzemiennych epizodach manii i depresji, nierzadko bez okresu przerwy (tzw. *rapid cycling*), istotnie występuje częściej u kobiet (stanowią one ok. 70% osób z tym rozpoznaniem). Ta niekorzystna postać choroby kompletnie dezorganizuje funkcjonowanie chorych, zwłaszcza że leczy się ją niezwykle trudno. Inną formą nawracających zaburzeń afektywnych, która występuje wyraźnie częściej u kobiet, jest depresja zimowa. Na pięć osób dotkniętych tym zaburzeniem, cztery to kobiety.

Leczenie powyższych dolegliwości jest tym trudniejsze, że istnieje wiele ograniczeń w stosowaniu leków przeciwdepresyjnych i stabilizujących nastrój u kobiet, co zmniejsza szansę na skuteczne zapobieganie nawrotom zaburzeń afektywnych. Chodzi tu przede wszystkim o okres ciąży (podczas którego nie można podawać większości preparatów), ale także o skuteczność farmakoterapii i psychoterapii u kobiet w okresach różnego wpływu hormonów płciowych.

Depresyjne hormony

Na fakt, że hormony płciowe są współsprawcą częstszego występowania chorobowych zaburzeń nastroju u kobiet (w porównaniu z mężczyznami) wskazuje szereg przesłanek. Można je podzielić na epidemiologiczno-kliniczne oraz biologiczne (wynikające z wiedzy dotyczącej wpływu hormonów płciowych na funkcję mózgu). Wśród mocnych

przesłanek epidemiologiczno-klinicznych wymienić należy wzrost zapadalności na depresję u kobiet w okresach fizjologicznych zmian hormonalnych. Okresami krytycznymi dla występowania depresji są: okres porodu i porodu, przerwanie ciąży, okres klimakterium oraz druga (lutealna) faza cyklu miesięcznego. Zmiany emocjonalne i nastroju (których nasilone formy są określane nazwą zespołu napięcia przedmiesiączkowego) występują w fazie lutealnej u około 80% zdrowych kobiet. Biorąc pod uwagę powszechność tych zaburzeń - trudno jest rozpatrywać je jako chorobę, są raczej dowodem wpływu hormonów płciowych na czynność ośrodkowego układu nerwowego. Stanami prawidłowymi nie są natomiast „zaburzenia dysforyczne przedmiesiączkowe” pojawiające się u 3-8% kobiet i spełniające kryteria epizodu depresyjnego o umiarkowanym lub znacznym nasileniu.

Analizy przeprowadzone w różnych krajach wskazują, że nawracające zaburzenia afektywne (zaburzenia nastroju) występują około dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn

Klinicyście dobrze znany jest fakt, że u niektórych kobiet z nawracającymi zaburzeniami afektywnymi to właśnie w drugiej fazie cyklu miesięcznego częściej ma miejsce początek nawrotu epizodów depresji lub manii, zaś objawy zespołu depresyjnego i maniako-depresyjnego mogą ulegać zaostrzeniu.

W przypadku problemów psychicznych związanych np. z porodem, porodem czy przerwaniem ciąży, należy jednak zwrócić uwagę, że te sytuacje wiążą się nie tylko z dużymi zmianami hormonalnymi, ale u części kobiet mogą stanowić znaczące (niekiedy dramatyczne) obciążenie psychologiczne. Problemy w okresie ciąży mogą się z kolei wiązać z istotnymi ograniczeniami w stosowaniu leków przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych, a w szczególności stabilizujących nastrój. Z kolei w okresie okołomenopauzalnym nierzadko kumulują się niekorzystne dla kobiety wydarzenia życiowe. W wielu przypadkach ostre oddzielenie roli czynników psychospołecznych i biologicznych może więc okazać się trudne.

Przesłanek o biologicznym związku między hormonami płciowymi a depresją u kobiet dostarczają badania dotyczące ich wpływu

Zaburzenia nastroju

na funkcję ośrodkowego układu nerwowego. Wskazują one na prawdopodobny udział żeńskich hormonów płciowych w modulowaniu stanu funkcjonalnego ośrodkowego układu nerwowego poprzez wpływ na wydzielanie substancji pośredniczących w przekazywaniu sygnału (układy serotoninerdyczny i noradrenergiczny) oraz na potencjalne znaczenie zmian produkcji estradiolu i progesteronu w patogenezie chorobowych zaburzeń nastroju. Szczególne znaczenie mogą tu odgrywać estrogeny.

Istnieje wyraźna dysproporcja pomiędzy przesłankami teoretycznymi, które wskazują na znaczenie żeńskich hormonów płciowych w zaburzeniach nastroju u kobiet, a wciąż niewystarczającym zakresem badań klinicznych, nie pozwalającym na wyciąganie wniosków

Trzeciej grupy przesłanek mogłyby dostarczyć badania dotyczące wpływu terapii hormonalnej na stan psychiczny zdrowych kobiet oraz kobiet w stanach depresyjnych, jednak zakres wiarygodnych danych na ten temat jest wciąż ograniczony. A przecież od ponad 60 lat znana jest koncepcja psychotropowego działania estrogenów!

Kobiety w potrzebie

Reasumując, można stwierdzić, że istnieje wyraźna dysproporcja pomiędzy przesłankami teoretycznymi, które wskazują na istotne znaczenie żeńskich hormonów płciowych w patogenezie chorobowych zaburzeń nastroju u kobiet oraz zakresem badań klinicznych, który jest wciąż niewystarczający i nie uprawnia do wiążących wniosków. A przecież problem ten ma poważne następstwa społeczne i ekonomiczne.

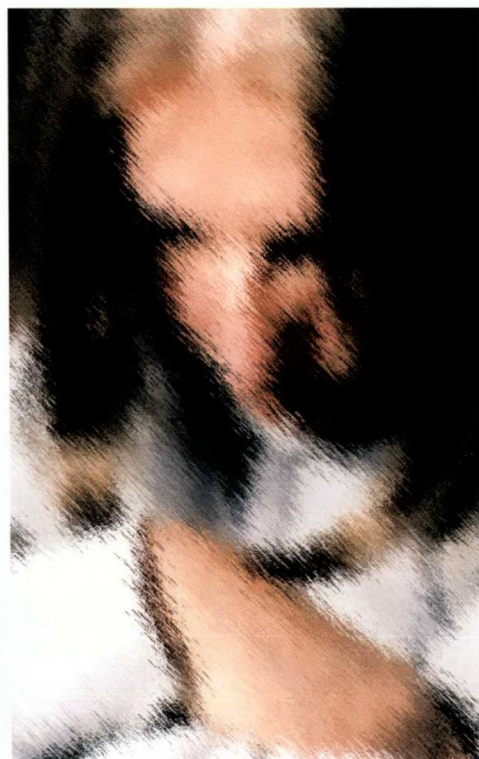
Depresja nawracająca lub przewlekła oraz zaburzenia afektywne dwubiegunowe idą w parze z: niższym poziomem osiągnięć życiowych i gorszym statusem materialnym, długimi przerwami w pracy zawodowej, zwiększonym ryzykiem trwałej niezdolności do pracy zawodowej oraz inwalidztwa, zwiększonym ryzykiem uzależnienia od alkoholu, leków, zwiększonym ryzykiem samobójstw, skróceniem średniej długości życia lub jego gorszą jakością, choćby wskutek

samotności (kobiety cierpiące na zaburzenia afektywne mają wysokie wskaźniki rozwodów i niskie zawartych małżeństw).

Depresja u kobiet może wywierać przełożony wpływ na życie rodzinne, wychowywanie dzieci. Dlatego zapobieganie zaburzeniom afektywnym u kobiet i skuteczne ich leczenie należą do priorytetowych zadań opieki zdrowotnej w wielu krajach rozwiniętych. ■

Chcesz wiedzieć więcej?

- Beck A. A. (1974) The development of depression: a cognitive model, in: R. J. Friedman i M. Katz (eds.): *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, Winston and Sons, Washington, pp. 3-27.
- Halbreich U. (1999) Gonadal hormones and mood disorders in women, *WPA Bulletin on Depression*, 4, no. 17, 6-9.
- ICD-10. The classification of psychic disturbances and behavioral disturbances in ICD-10 - Clinical descriptions and diagnostic indicators, UWM Vesalius and the Institute of Psychiatry and Neurology, Kraków - Warszawa, (2000).
- Paykel E. S.: Depression in women: impact on family life, *WPA Bulletin on Depression*, 1999, 4, no. 17, 3-5.
- Rubinow D. R., Schmidt P. J., Roca C. A. (2002) Hormonal and gender influences on mood regulation, w: K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle, Ch. Nemeroff (eds.): *Neuropsychopharmacology, The Fifth Generation of Progress*, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, pp. 1165-1178.



Krzysztof Kalifski