

Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – przegląd piśmiennictwa

Anxiety-depressive disorders in women after hysterectomy. Literature review

Katarzyna Mar ek, Agata Dimter, Mirosława Jawor, Dominika Dudek

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie
Kierownik: dr hab. med. Andrzej Zięba

Przedstawiono przegląd piśmiennictwa dotyczącego następstw psychologicznych, w szczególności lęku i depresji, u pacjentek poddanych zabiegowi usunięcia macicy.

A literature review of psychological phenomena, especially anxiety and depression in patients who underwent hysterectomy is presented.

histerektomia
lęk
depresja

hysterectomy
anxiety
depression

Operacje histerektomii i oforektomii po raz pierwszy wykonano w XIX wieku. Początkowo wiązały się z usunięciem patologicznych zmian, jednakże wkrótce stały się sposobem leczenia chorób psychicznych, nerwicy i padaczki, uważano bowiem, że narządy płciowe kobiety są źródłem jej problemów psychologicznych, bagatelizowano natomiast występowanie psychicznych następstw wykonywanych zabiegów.

W powszechnej opinii kobiet istnieje przekonanie, że zabieg usunięcia macicy i przydatków może powodować przedwczesne starzenie się, wpływać na ograniczenie aktywności fizycznej i seksualnej, zmieniać ich atrakcyjność. Badania statystyczne wskazują, iż zabieg ten dotyczy od 1,5 do 7% kobiet, nie można więc pominąć aspektów społecznych i psychologicznych tego problemu. Z badań dotyczących poglądów kobiet oczekujących na zabieg usunięcia narządów płciowych wynika, iż są one przekonane o możliwości wystąpienia negatywnych następstw interwencji chirurgicznej, spodziewają się wystąpienia zaburzeń nastroju, obniżenia samooceny, pogorszenia się relacji małżeńskich [1, 2]. Prowadzone w różnych ośrodkach badania nad psychicz-

nymi konsekwencjami histerektomii prezentują jednakże odmienne wyniki dotyczące tego problemu [3, 4].

Wczesne badania dotyczące psychologicznych następstw histerektomii podkreślały obniżenie nastroju jako jeden z szeregu symptomów występujących po tym zabiegu (Richards [5]). W wielu nowych doniesieniach poglądy te są krytykowane, a autorom ich zarzuca się wyciąganie wniosków z badań zbyt małej liczby przypadków, niewyodrębnienie z grup badanych pacjentek z różnymi rozpoznaniem (łącznie ze złośliwymi nowotworami macicy) i zbyt duże koncentrowanie się na wczesnym okresie pooperacyjnym [6, 7].

Większość kobiet może po histerektomii odczuwać przygnębienie, bez względu na to, w jak wielkim stopniu spostrzega ten zabieg jako drogę do uwolnienia się od dolegających objawów. Podczas gdy lęk i uczucie smutku są u tych kobiet czymś powszechnym, depresja wymagająca profesjonalnej interwencji terapeutycznej, jak twierdzą Lalinec-Michaud i Engelsmann [8], w większości przypadków nie pojawia się.

Lambden i wsp. [9] twierdzą, że pojawienie się depresji po histerektomii jest jednym z wielu mitów, które narosły wokół tego zabiegu, takich jak utrata poczucia kobiecości, spadek pociągu seksualnego, zmiany w osobowości, wzrost masy ciała. W swoich badaniach dotyczących jakości życia pacjentek po histerektomii stwierdzają, że pacjentki 4 miesiące po zabiegu miały niższy poziom depresji niż w okresie okołoperacyjnym oraz że zabieg ten prowadzi do polepszenia samopoczucia psychicznego, wliczając w to mniejszą depresyjność i poprawę funkcjonowania społecznego.

Do podobnych wniosków doszli Alexander i wsp. [10], którzy badali stan psychiczny, relacje małżeńskie, funkcjonowanie seksualne i przystosowanie społeczne grupy 204 pacjentek, które z powodu nadmiernych krwawień macicznych zostały poddane histerektomii – 99 pacjentek, resekcji przeszłykowej – 52 pacjentki, i ablacji laserowej – 53 pacjentki (dobór metody leczenia był losowy). Badania przeprowadzone zostały po miesiącu, 6 i 12 miesiącach. Celem badań było sprawdzenie, jakie są różnice pomiędzy efektami histerektomii i chirurgii zachowawczej. Wykazano, że oba typy leczenia znacząco zredukowały lęk i depresję obecną przed operacją, a relacje małżeńskie oraz funkcjonowanie seksualne nie zostały zaburzone w wyniku leczenia. We wnioskach autorzy podkreślają niewielki wpływ histerektomii na funkcjonowanie psychospołeczne pacjentek oraz podważają wcześniejsze opinie innych autorów, jakoby histerektomia miała znaczącą rolę w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Uważają histerektomię za porównawczo bezpieczną metodę leczenia, a kojarzenie jej z rzekomym prowadzeniem do zaburzeń w funkcjonowaniu seksualnym i znaczącym wpływem na występowanie zaburzeń psychicznych ma, według nich, swoje korzenie w historii psychiatrii i fascynacji znaczeniem symbolicznym macicy.

Podobnie Crosignani i wsp. [11] stwierdzają, że histerektomia nie wywołuje negatywnych efektów w stanie psychicznym pacjentek (badano depresję i lęk) oraz w funkcjonowaniu seksualnym.

Okhawa i wsp. [12] potwierdzili w swoich badaniach występowanie stanów depresyjnych i zaburzeń psychosomatycznych bezpośrednio po histerektomii oraz wykazali, że poziom lęku, w większości przypadków wysoki przed operacją, stopniowo opadał

po operacji, natomiast głębokość depresji była znaczna przed operacją i 2 tygodnie po operacji, osiągając plateau mniej więcej 6 miesięcy po operacji i następnie powracając do normy. Wyższy poziom depresyjności był zauważalny u tych pacjentek, u których wystąpiły także zaburzenia psychosomatyczne.

Carlson i wsp. [13, 14] badali pacjentki, które zostały poddane histerektomii z różnych przyczyn (z wyłączeniem nowotworów złośliwych), m.in. mięśniaków macicy, nadmiernych krwawień, chronicznych dolegliwości bólowych w podbrzuszu. U pacjentek z tymi wskazaniami do leczenia operacyjnego po histerektomii uzyskano znaczącą poprawę w zakresie szeregu dolegliwości, wliczając w to bóle w podbrzuszu, dolegliwości związane z układem moczowym, szybkie męczenie się, objawy psychopatologiczne i dysfunkcje seksualne. Natomiast nowe problemy, jakie pojawiały się po histerektomii (wliczając tu te pacjentki, które nie miały tych objawów przedoperacyjnie) obejmowały: uderzenia gorąca (13%), zwiększenie masy ciała (12%), depresję (8%), spadek zainteresowań seksualnych (7%), objawy lękowe (6%). Analogiczne badania przeprowadzono w grupie pacjentek, które z powodu takich samych zaburzeń były leczone zachowawczo. Z badań tych wynika, że w zakresie występowania lęku i depresji w 12 miesięcy po rozpoczęciu leczenia (operacyjnego lub zachowawczego) różnica między tymi dwiema grupami pacjentek, u których przed leczeniem objawy te nie występowały, jest minimalna: u pacjentek leczonych zachowawczo pojawiły się one odpowiednio – lęk u 4%, depresja u 7%, natomiast u pacjentek poddanych histerektomii – lęk u 6%, a depresja u 8%. Autorzy podkreślają, że histerektomia wydaje się ważną alternatywną metodą leczenia, gdy leczenie zachowawcze zawodzi.

W swoich badaniach Śliwińska [15] analizowała m. in. wpływ lęku i depresji, występujących przed planowanym zabiegiem operacyjnym, na całkowity powrót do dobrego samopoczucia psychofizycznego. Stwierdziła ona, że przy nie podwyższonym poziomie lęku w trzy miesiące po zabiegu operacyjnym całkowity powrót do dobrego samopoczucia psychicznego podawało 61,6% badanych, w 6 miesięcy 86,6% badanych, a w 12 miesięcy 89,1%. Natomiast w grupie kobiet z podwyższonym poziomem lęku w trzy miesiące po zabiegu operacyjnym dobre samopoczucie psychofizyczne deklarowało 36,3% badanych, w 6 miesięcy 78,7%, 12 miesięcy – 81,8% badanych. Przy nie podwyższonym poziomie depresji przed zabiegiem operacyjnym, w 3 miesiące po nim całkowity powrót do dobrego samopoczucia psychofizycznego podawało 57,9%, w 6 miesięcy – 87,6%, w 12 miesięcy – 89,8%. Przy podwyższonym poziomie depresji w 3 miesiące po zabiegu operacyjnym całkowity powrót do dobrego samopoczucia psychofizycznego deklarowało 40% badanych, po upływie 6 miesięcy – 60%, 12 miesięcy – 66,6%. Powrót do dobrego samopoczucia psychofizycznego przy prawidłowym stanie emocjonalnym był harmonijny i około czwartego miesiąca zadowalającą poprawę uzyskało ponad 80% tych kobiet, natomiast przebieg krzywej całkowitego powrotu do dobrego samopoczucia psychofizycznego kobiet z zaburzonymi stanami emocjonalnymi był skokowy i jeszcze w 12 miesięcy po zabiegu uzyskiwał niższe wartości. Autorka podkreśla ważny wpływ czynników psychologicznych i emocjonalnych na stan odpornościowy organizmu i ewentualne wystąpienie powikłań po zabiegu operacyjnym, sugerując, że uwzględnienie tych czynników w trakcie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i ich minimalizacja ma istotne znaczenie dla szybszego

powrotu do pełnego zdrowia i poprawy jakości życia operowanych kobiet.

Rhodes [16] i jej współpracownicy w swoich badaniach dotyczących funkcjonowania seksualnego pacjentek po histerektomii wykazali, że kobiety, które miały depresję przed histerektomią nie doświadczają takiej poprawy w funkcjonowaniu seksualnym jak kobiety, które przed histerektomią nie przechodziły depresji. Depresja z okresu przed zabiegiem operacyjnym jest związana także z gorszymi rezultatami histerektomii w zakresie takich objawów, jak krwawienia, bóle w podbrzuszu, bóle w krzyżach, zaburzenia snu, łatwe męczenie się, ograniczenie aktywności, wzdęcia i nietrzymanie moczu. Autorzy sugerują, aby późniejsze badania tego problemu oceniły, czy leczenie depresji występującej przed histerektomią może polepszyć rezultaty zabiegu w okresie pooperacyjnym.

Zgodnie z wynikami tych badań także Gath i wsp. [17] stwierdzają, że częstotliwość i zadowolenie ze współżycia seksualnego pacjentek po histerektomii są związane z istniejącymi u nich dolegliwościami psychicznymi.

Poglądów tych nie potwierdzają niektórzy inni badacze (Helstrom i wsp. [18]) nie obserwując zależności pomiędzy dolegliwościami psychiatrycznymi przed histerektomią a funkcjonowaniem seksualnym pacjentek po zabiegu.

Wukasch [19] badał wpływ, jaki miał przeżyty w przeszłości gwałt lub kazirodztwo na samopoczucie po histerektomii. Przeprowadzono badania w zakresie poziomu depresji, funkcjonowania seksualnego oraz zadowolenia z podjęcia decyzji poddania się histerektomii po 6, 12, 18 i 24 miesiącach po operacji. Wykazano, że kobiety, które przeżyły w przeszłości nadużycie seksualne, miały znacząco wyższy poziom depresji w pierwszym roku po operacji, natomiast nie było to już widoczne w drugim roku po zabiegu. Rezultaty te sugerują konieczność przeprowadzania bardziej szczegółowego wywiadu dotyczącego wystąpienia w przeszłości traumatycznych doświadczeń seksualnych, gdyż ma to wpływ na samopoczucie psychiczne pacjentek po operacji.

Podsumowując, wydaje się, że nie należy bagatelizować problemu lęku i depresji, traktując go tylko jako zjawiska wyolbrzymianego przez poprzednich badaczy i mającego niewielkie znaczenie dla funkcjonowania pooperacyjnego pacjentek. Biorąc pod uwagę cytowane badania, można byłoby zakreślić następujące, ważne z punktu widzenia psychiatry i psychologa, kierunki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przed planowanym zabiegiem: po pierwsze – wyłonienie, jeszcze przed planowanym zabiegiem operacyjnym, pacjentek, u których zaznaczone jest zwiększone ryzyko wystąpienia w okresie pooperacyjnym epizodu depresji (pacjentki, które w przeszłości przeżyły depresję, kobiety, które doświadczyły w swoim życiu nadużycia seksualnego), po drugie – objęcie tej grupy pacjentek odpowiednim leczeniem (farmakologicznym, psychoterapeutycznym) przed planowanym zabiegiem, w celu zarówno uniknięcia powikłań w okresie pooperacyjnym, jak i szybkiego uzyskania pełnej remisji w zakresie objawów somatycznych oraz powrotu do prawidłowego funkcjonowania społecznego i polepszenia ich jakości życia (mając także na uwadze ich funkcjonowanie seksualne).

Summary

In the common opinion amongst woman, the surgical removal of the uterus and ovaries can be a cause of limited physical and sexual activity and have an effect on their attractiveness. The majority of women after hysterectomy can be permanently depressed and can also show symptoms of mixed anxiety-depressiva disorder. The review of literature allows for an assumption that the topic of anxiety and depression should not be underrated, by treating it as an exaggerated theme, as some researchers do. By considering the research quoted in this paper the collected directions of diagnostic and therapeutic procedures undertaken by the psychiatrist and psychologist can be used before the planned operation. Special consideration must be given to patients who have a history of affective disorders or sexual abuse. Pharmacotherapy and psychotherapy should applied in order to prevent post-operative affective disorders.

Älddlnncän-öiäcëíúí írdórlíç´ ó élíúçí d'ínél yëññçd'föçé ðiäiäúó iäáííä. Èçñídrñódiúé íaçíð

Níaldéíçí

Á íáúlé íóltéí élíúçí nóúlnnaóln óaldíínnü, +ní äelírníléüññái óärelíç´ èññç è d'dcärñeíä eíçln d'dcäiäcñü ç d'dladríilé nñrdínnç, äèç' nü ír íädríç´-líçí òççç´-lnçie è d'riäiäé feñçaiínnç, ççéíí' nü èó äiíriçé íäççé. Áíeürçíññái élíúçí d'ínél d'díaláííñái äelírníléüññái óärelíç´ èññç eíçln +óänñaiärñü äeçñléüíí óáiíñ, íííí nínñí' íçí, í nñçéí d'íracd'iärñü óiäc´ èç è äíld'ílnncé.

Èçñídrñódiúé íaçíð d'íçaié' ln nálerñü äúaiäü, +ní íléüç´ íí íädrírnü äíççíç´ ír d'diäeléo óiäcè è äíld'ílnncè è d'ínnéírdçárñü íí çfç´ äelíçí äe'd'índíòçdiäíííí ílçíñíðüèç çñnéíäiäímlé´ èç. Ddçíçér´ äí äíççíçíçí òçñçdiäííúí ä d'dläerárleíç èçñídrñódiúé íaçíðí çñnéíäiäíç´ eíçíí d'íä´-ídeíóñü néíäóíúçí, ärcíúí n nñ´çç çd'íç´ d'ñçöçírdí ç d'ñçöiäiär, írd'draelíç´ äçraííñç´-lnçí-níldrd'lanç´-çñçíäí d'íaláíç´ d'ídlä d'd'éríçd'iärííé íd'ídröçlé. Ííäíäççéí, d'dç yñíç, íädríçñü íñíalííí äíççíçíçí ír d'röçlíñçç, ó çíñíðúó ä d'díreíç íñél´-fèçñü çççéíçíç´ írññd'ííç´, èçç äçd'ídníçóréüííññü, í d'íyñíçó íóçíí íóärñçñü ýñó ädó'd'ó élíúçí nínñalíññalííúé órdereíçíäç´-lnççç è d'ñçóíñldrd'lanç´-lnççç äíççíçíçíç´ èç. Yñí eíçln d'diäó'd'íäcñü d'í äelíçí, äíççíçíúó írdórlíçé írññd'ííç´ ä d'íññídröçíííé d'ídeíäí.

Angst- und Depressionsstörungen bei Frauen nach der Hysterektomie – Literaturübersicht

Zusammenfassung

Der überwiegende Teil der Frauen ist davon überzeugt, dass die Entfernung der Gebärmutter und der Adnexe eine frühere Alterung verursachen kann. Sie sind der Meinung, dass es auch einen Einfluss auf die Begrenzung der physischen und sexuellen Aktivität haben und ihre Attraktivität ändern kann. Die meisten Frauen nach der Hysterektomie können langanhaltende Stimmungsstörungen empfinden, es können auch Angst- und Depressionsstörungen erscheinen.

Die Literaturübersicht lässt vermuten, dass das Problem der Angst und Depression von großer Bedeutung ist. Wenn man die in dem Artikel zitierten Forschungen in Betracht zieht, kann man folgende, wichtige für Psychiater und Psychologen Richtungen für die diagnostisch-therapeutische Handlungen vor und nach der Operation bestimmen. Besondere Aufmerksamkeit soll den Patientinnen geschenkt werden, bei denen in der Vergangenheit Stimmungsstörungen auftraten oder die sexuell mißbraucht wurden. Sie sollen entsprechend pharmakologisch und psychotherapeutisch zwecks Vermeidung der Stimmungsstörungen nach der Operation behandelt werden.

Les troubles dépressifs-anxieux des femmes après l'hystérectomie – revue de littérature

Résumé

En général les femmes après l'hystérectomie pensent que cette intervention peut causer le vieillissement précoce, influencer sur l'activité physique et sexuelle, diminuer leur attraction.

La plupart d'elles souffre d'accablement, plusieurs notent des troubles dépressif-anxieux.

La revue de littérature en question démontre que l'on ne peut pas prendre à la légère le problème de la dépression et de l'anxiété en les traitant comme problème exagéré par certains chercheurs. En basant sur les articles analysés ici on peut déterminer certaines indications, importantes de point de vue psychiatrique et psychologique, pour le processus de diagnostiquer et de traiter ces troubles avant l'intervention chirurgicale. Il faut faire attention aux patientes avec les troubles de l'humeur ou avec le trauma de l'abus sexuel dans leur passé et il faut qu'elles suivent la pharmacothérapie ou la psychothérapie d'avance pour éliminer le risque des troubles possibles après l'opération.

Piśmiennictwo

1. Ferroni P, Deeble J. *Women's subjective experience of hysterectomy*. Austr. Healt Rev. 1996; 19: 40–55.
2. Williams ML. *Sexual adjustment after hysterectomy*. J. Obstet., Gynecol. Neonat. Nursing. 1992; 21: 42–47.
3. Martin RL, Roberts WV, Clayton PJ. *Psychiatric status after hysterectomy*. JAMA 1980; 244: 350–353.
4. Ryan MM, Dennerstein L, Pepperell R. *Psychological aspects of hysterectomy: A prospective study*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 516–522.
5. Richards DH. *A post-hysterectomy syndrome*. Lancet 1974; 2: 983–985.
6. Mac Donald SR, Klock SC, Milad MP. *Long-term outcome of nonconservative surgery (hysterectomy) for endometriosis-associated pain in women <30 years old*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1999; 180: 1360–1363.
7. Nathorst-Boos J, von Schoultz B, Carlstrom K. *Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy effects on sexual life, psychological well-being and androgen status*. J. Psychosomat. Obster. Gynecol. 1993; 14: 283–293.
8. Lalinec-Michaud M, Engelsmann F. *Anxiety, fears and depression related to hysterectomy*. Can. J. Psychiatry 1985; 30: 44–47.
9. Lambden MP, Bellamy G, Ogburn-Russell L, Preece CK, Moore S, Pepin T, Croop J, Culbert G. *Women's sense of well-being before and after hysterectomy*. J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nursing. 1997; 26: 540–548.
10. Alexander DA, Naji AA, Pinion SB, Mollison J, Kitchener HC, Parkin DE, Abramovich DR, Russell IT. *Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects*. BMJ 1996; 312: 280–284.
11. Crosignani PG, Vercellini P, Apolone G, De Giorgi O, Cortesi I, Meschia M. *Endometrial resection versus vaginal hysterectomy for menorrhagia: long-term clinical and quality-of-life outcomes*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 177: 95–101.
12. Okhawa R, Tanaka K, Morikawa S, Takeda S, Katoh K. *A prospective study of psychosomatic reaction to hysterectomy*. Acta Obstet. Gynecol. Japon. 1992; 44: 676–682.
13. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. *The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy*. Obstet. Gynecol. 1994; 83: 556–565.
14. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. *The Maine Women's Health Study: II. Outcomes of nonsurgical management of leiomyomas, abnormal bleeding, and chronic pelvic pain*. Obstet. Gynecol. 1994; 83: 566–572.

15. Śliwińska A. *Leczenie operacyjne wczesnych neoplazji szyjki macicy a jakość życia kobiety*. Praca doktorska, Collegium Medicum UJ, Kraków 1997.
16. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. *Hysterectomy and sexual functioning*. JAMA 1999; 282: 1934–1941.
17. Gath D, Cooper P, Day A. *Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy*. Brit. J. Psychiatry 1982; 140: 335–350.
18. Helstrom L, Weiner E, Sorbom D, Backstrm T. *Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1994; 73: 575–580.
19. Wukasch RN. *The impact of a history of rape and incest on the posthysterectomy experience*. Health Care Women Int. 1996; 17: 47–55.

Otrzymano: 19.02.2001

Zrecenzowano: 6.03.2001

Przyjęto do druku: 23.05.2001

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21B

