

Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – badania własne

Anxiety-depressive disorder in women after hysterectomy. Own study

Mirosława Jawor¹, Agata Dimter¹, Katarzyna Marek¹, Dominika Dudek¹, Andrzej Wojtyś², Aleksandra Szproch¹

¹Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie
Kierownik: dr hab. med. A. Zięba

²Z Kliniki Ginekologii i Położnictwa CM UJ w Krakowie

Niniejsza praca jest prezentacją wyników badań 38 kobiet, które przebyły zabieg histerektomii z przyczyn nieonkologicznych. Uzyskane wyniki wskazują na występowanie u około 50% tych kobiet zaburzeń depresyjnych i znaczne nasilenie poziomu lęku. Objawy lęku ujawniają się częściej u kobiet, które w przeszłości doznały zaburzeń depresyjno-lękowych.

The paper is a presentation of the results of a study of 38 women who underwent hysterectomy due to non-oncologic causes. The results show that about 50% of those women have a depressive disorder and a significantly elevated level of anxiety. The symptoms of anxiety are more frequent amongst woman who had a history of depressive-anxiety disorders.

histerektomia
lęk
depresja

hysterectomy
anxiety
depression

Wstęp

Histerektomia spostrzegana jest przez kobiety jako zabieg naruszający ich kobiecość – wywołuje lęk, niepokój, smutek, poczucie skrzywdzenia przez los. Doniesienia w literaturze sugerują, iż smutek i lęk występujące po zabiegu są wynikiem wcześniejszych zaburzeń lub krótkotrwałym zaburzeniem będącym reakcją adaptacyjną związaną z samym zabiegiem. Psychologiczne następstwa operacji ginekologicznych budzą zainteresowanie wielu badaczy. Jak wskazują doniesienia z literatury, wyniki badań nie są jednoznaczne. Badania Richardsa [1] wykazały, że na zaburzenia depresyjne cierpi około 70% kobiet, które przeszły zabieg histerektomii. Późniejsze badania dowodzą, że ujawnienie się zaburzeń depresyjno-lękowych po zabiegu jest wyłącznie

związane z występowaniem tych zaburzeń jeszcze w okresie przedoperacyjnym oraz że udany zabieg jest gwarancją powrotu do w pełni satysfakcjonującego życia [2]. Pełną równowagę psychiczną uzyskują kobiety, wg badaczy, od 3 do 13 miesięcy po wykonaniu zabiegu. Mimo optymistycznych wyników badań napływających z różnych ośrodków, wskazujących na brak związku pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a przebytą operacją ginekologiczną, doświadczenie kliniczne pokazuje, że wiele kobiet nie osiąga satysfakcji życiowej i cierpi na różne dolegliwości związane z zaburzeniami depresyjno-lękowymi. Wśród kobiet leczonych psychiatrycznie z powodu ww. zaburzeń coraz częściej pojawiają się kobiety, które w ciągu ostatnich kilku lat przebyły zabieg histerektomii.

Grupa badana

W Klinice Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego CM UJ w Krakowie we współpracy z Oddziałem Ginekologii i Endoskopii Szpitala Uniwersyteckiego, podjęto badania obejmujące kobiety, które przeszły w ostatnim okresie zabieg histerektomii z przyczyn nieonkologicznych. Były to pierwsze badania rozpoczynające cykl badawczy przewidziany na 6 lat. Badania będą wykonywane w kilku etapach (bezpośrednio po zabiegu, 6 miesięcy po zabiegu, 3 lata i 6 lat po zabiegu). Celem badań katamnesticznych jest sprawdzenie, czy u kobiet po zabiegu histerektomii występują zaburzenia depresyjno-lękowe; jeśli tak, to w jakim okresie i w jakim nasileniu.

Niniejszy artykuł jest doniesieniem wstępnym. Prezentuje wyniki badań 38 kobiet, poddanych zabiegowi histerektomii w okresie od maja do grudnia 2000 roku, przeprowadzonych do 10 dni po operacji.

Badaniem objęto kobiety w wieku od 33 do 64 lat – średnia wieku wynosiła 50,06 lat. W grupie tej 7 kobiet miało wykształcenie podstawowe, 5 – zawodowe, 18 – średnie, 8 – wyższe. 35 kobiet miało dzieci, tylko 3 kobiety były bezdzietne, 12 kobiet nie pozostawało w związku małżeńskim.

Metody badań

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Objawów Depresyjnych Becka (BDI), Kwestionariusz Myśli Automatycznych (ATQ 30), Skalę Poczucia Beznadziejności (HS 20), Kwestionariusz Samooceny Rosenberga (ROS), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL), będący polską adaptacją Inwentarza Lęku Spilbergera (STAI), oraz Indeks Kuppermana, na podstawie którego określono nasilenie objawów zespołu klimakterycznego. Wykorzystano także kwestionariusz własny, składający się z 21 pytań dotyczących danych demograficznych, jakości życia, satysfakcji ze związku i życia seksualnego, samooceny, występowania objawów depresyjno-lękowych w ciągu kilku lat przed zabiegiem.

Wyniki badań

Wyniki badanych kobiet podzielono na dwie części. Kryterium podziału stanowiło występowanie zaburzeń depresyjnych, określanych na podstawie sumy punktów uzyskanych przez poszczególne pacjentki w Inwentarzu Objawów Depresyjnych Becka (BDI), w którym wynik do 9 punktów wskazuje na brak zaburzeń depresyjnych, od

10 do 19 na ich lekkie nasilenie, 20 do 25 – średnie nasilenie, powyżej 26 punktów – znaczne nasilenie.

Uzyskane wyniki wskazują, iż u 19 kobiet (co stanowi 50% badanych) ujawniły

Tabela 1

Wyniki uzyskane przez kobiety w Inwentarzu Objawów Depresyjnych Becka (BDI)

WYNIKI W BDI	LICZBA KOBIEC
0-9	19
10-19	11
20-25	7
Powyżej 26	1

się zaburzenia depresyjne o różnym nasileniu, w tym u 7 natężenie objawów depresyjnych wystąpiło w stopniu średnim, a u jednej kobiety zaburzenia depresyjne osiągnęły poziom ciężkich zaburzeń.

W dalszej analizie uzyskanych wyników porównywano ze sobą wskaźniki lęku, poziom samooceny, poczucie beznadziejności i natężenie negatywnych myśli pomiędzy dwiema, wyodrębnionymi na podstawie wyników w Inwentarzu Objawów Depresyjnych (BDI), grupami kobiet. Do pierwszej grupy zaliczono kobiety, u których nie stwierdzono na podstawie BDI objawów depresyjnych (0-9 punktów), w grupie drugiej znalazły się kobiety, u których stwierdzono wystąpienie zaburzeń depresyjnych (powyżej 10 punktów).

Poszczególne wyniki w obu grupach różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie. U kobiet, u których na podstawie Inwentarza Objawów Depresyjnych

Porównanie wyników uzyskanych przez pacjentki w poszczególnych metodach badawczych z uwzględnieniem podziału grup w zależności od wyników w BDI

	HS 20	ATQ 30	ROS	STAI I	STAI II
IIG RUPA	4,42	39,00	89,95	38,47	38,47
IIIG RUPA	8,79	62,16	68,16	51,11	49,74
Poziom istotności statystycznej	0,003	0,000	0,019	0,005	0,000

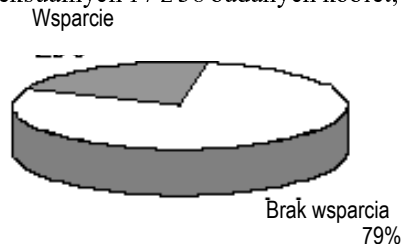
stwierdzono występowanie zaburzeń depresyjnych, obserwuje się nasilenie negatywnych myśli automatycznych, dotyczących ich samych, obecnej sytuacji i przyszłości, mierzonych za pomocą Kwestionariusza Myśli Automatycznych (ATQ 30) oraz nasilenie poczucia beznadziejności i bezradności mierzonych za pomocą Skali Poczucia Beznadziejności (HS-20). Według Becka – autora skali HS-20 – wynik powyżej 9 punktów sugeruje występowanie myśli samobójczych. W grupie drugiej aż 9 kobiet uzyskało wynik powyżej 9 punktów. W grupie kobiet depresyjnych występuje również obniżony poziom samooceny mierzony za pomocą Kwestionariusza Samooceny Rosenberga (ROS). Istotnie statystycznie różnice ujawniły się również pomiędzy poziomem lęku jako stanu (STAI I) i jako cechy (STAI II) w obu grupach badanych. Kobiety, u których ujawniły się zaburzenia depresyjne, w znacznie większym nasileniu

odczuwają lęk związany z aktualną sytuacją, określają siebie jako bardziej lękowe i skłonne do reagowania lękiem w odpowiedzi na różne wydarzenia.

W obu, wyodrębnionych na podstawie wyników Inwentarza Objawów Depresyjnych Becka, grupach kobiet dokonano analizy jakościowej na podstawie uzyskanych informacji w kwestionariuszu własnym. Analiza ta dotyczyła spostrzeganej przez pacjentki jakości życia, satysfakcji ze związku małżeńskiego, satysfakcji związanej z życiem seksualnym, odczuwanego wsparcia ze strony bliskich.

Charakterystyczny dla całej grupy badanych kobiet był brak zainteresowania i wsparcia ze strony najbliższej rodziny, manifestujący się między innymi niebraniem udziału w rozmowach z lekarzem kwalifikującym do zabiegu. Dotyczyło to 30 z 38 kobiet.

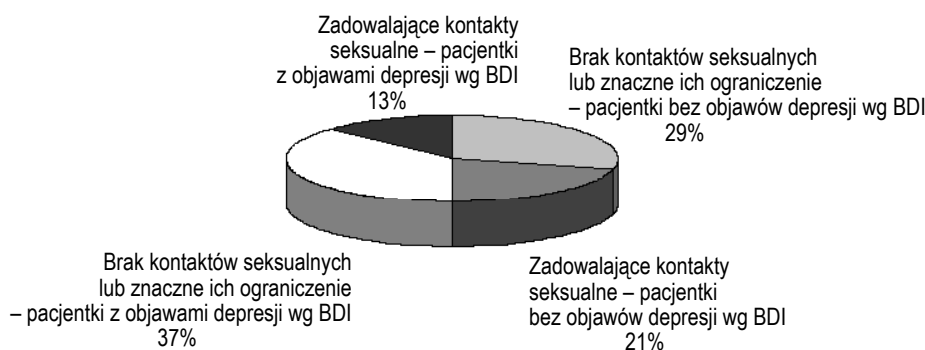
Ograniczenie współżycia seksualnego zadeklarowało 11 z 38 pacjentek, a całkowite zaprzestanie kontaktów seksualnych 17 z 38 badanych kobiet; różnice pomiędzy grupą



Rys. 1 Wsparcie ze strony rodziny w opinii pacjentek

z objawami depresyjnymi a grupą bez tych objawów były nieistotne.

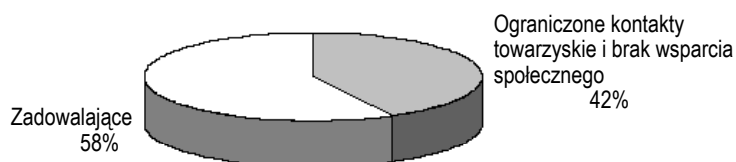
Niezależnie od poziomu depresji, badane kobiety zauważyły, iż w ostatnim okresie ograniczeniu uległy ich kontakty towarzyskie, odczuwały one również brak zainteresowania i wsparcia społecznego najbliższego kręgu przyjaciół (16 z 38 pacjentek).



Rys. 2 Kontakty seksualne pacjentek

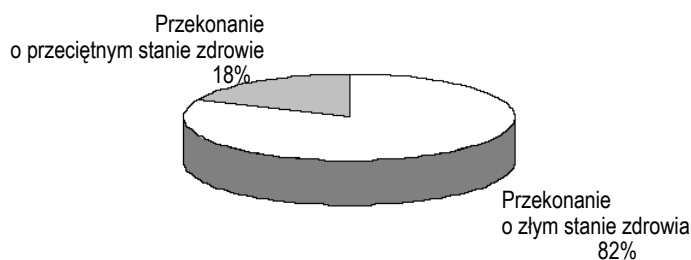
sowania i wsparcia społecznego najbliższego kręgu przyjaciół (16 z 38 pacjentek).

Przekonanie o niezadawalającym i złym stanie swojego zdrowia prezentowało 31 z 38 pacjentek, niezależnie od przynależności do grup.



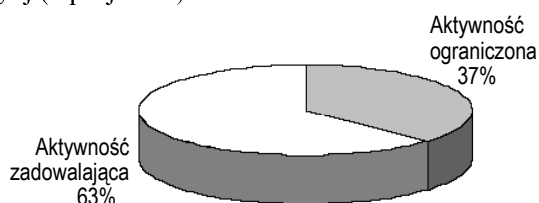
Rys. 3 Kontakty towarzyskie i wsparcie społeczne w opinii pacjentek

Charakterystyczne dla grupy depresyjnej było ograniczenie szeroko rozumianej aktywności (7 z 19 kobiet).



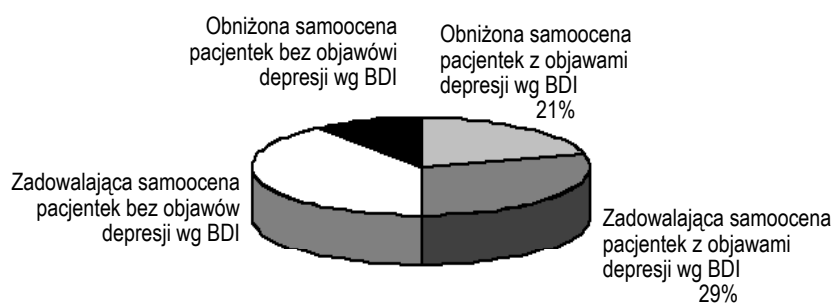
Rys. 4 Przekonania pacjentek o aktualnym stanie zdrowia

Obniżona samoocena także znacznie częściej zdarzała się u badanych kobiet z grupy drugiej (9 pacjentek)



Rys. 5 Aktywność pacjentek w grupie z depresją

Na podstawie odpowiedzi udzielonych w kwestionariuszu, wyniki poszczególnych kobiet ponownie podzielono na dwie części. Wyodrębniono grupę kobiet, które



Rys. 6 Samoocena pacjentek

w przeszłości zaobserwowały u siebie występowanie przez dłuższy okres objawów depresyjno-lękowych, i kobiet, które takich zaburzeń nie odczuwały. Grupę A stanowiło 18 pacjentek, u których w przeszłości nie występowały zaburzenia tego typu, natomiast do grupy B zostało zaliczonych 20 kobiet, które zgłosiły występowanie we wcześniejszym okresie zaburzeń lękowo-depresyjnych.

W grupie pacjentek zaliczonych do grupy B, jedynie 6 z nich korzystało z porady psychiatrycznej lub psychologicznej z powodu występowania w przeszłości objawów

Tabela 3

Porównanie wyników uzyskanych przez pacjentki w poszczególnych metodach badawczych z uwzględnieniem podziału grup ze względu na występowanie w przeszłości zaburzeń depresyjno-lękowych

	BDI	HS 20	ROS	ATQ30	STAI I	STAI II
GRUPA A	8,88	6,41	72,35	44,18	37,82	40,24
GRUPA B	13,14	6,76	76,33	55,76	50,43	47,24
Poziom istotności statystycznej	0,08	0,82	0,51	0,03	0,01	0,02

depresyjno-lękowych. Na podstawie uzyskanych wyników nie można wnioskować, iż występujące we wcześniejszym okresie zaburzenia depresyjno-lękowe predysponują kobiety po zabiegu histerektomii do ujawnienia się u nich zaburzeń depresyjnych, nie zaobserwowano bowiem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w poziomie aktualnych objawów depresyjnych, badanych za pomocą Inwentarza Objawów Depresyjnych Becka (BDI), w zakresie odczuwanego przez nie poziomu beznadziejności (HS 20), poziomu samooceny (ROS) oraz natężenia aktualnie występujących negatywnych myśli automatycznych (ATQ 30). Zaobserwowano natomiast, iż kobiety, u których wystąpiły wcześniej zaburzenia depresyjno-lękowe, wykazują wyższy poziom lęku po zabiegu histerektomii. Dotyczy to zarówno lęku jako stanu (STAI I), czyli lęku bezpośrednio związanego z sytuacją, w jakiej kobieta aktualnie się znajduje, jak i lęku-cechy (STAI II), rozumianego jako gotowość do reagowania lękiem na wszelkie sytuacje spostrzegane jako trudne.

Dyskusja wyników

Doniesienie z wykonanych badań należy uznać jako pilotażowe, gdyż obejmuje zbyt małą liczebnie grupę kobiet będących po histerektomii. Uzyskane wyniki pozwalają jednakże wnioskować, iż znaczna grupa pacjentek po zabiegu odczuwa w różnym nasileniu objawy depresyjno-lękowe. W grupie badanych kobiet aż 50% zgłaszało wystąpienie zaburzeń depresyjnych, w tym u połowy z nich nasilenie objawów depresyjnych osiągnęło poziom zaburzeń klinicznych, będących wskazaniem do włączenia leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Objawom depresyjnym u badanych kobiet towarzyszył dysfunkcyjny styl myślenia, manifestujący się obniżoną samooceną, poczuciem bezradności i beznadziejności, występowaniem

negatywnych automatycznych myśli dotyczących własnej osoby, obecnej sytuacji oraz przyszłości. W grupie tej ujawnił się podwyższony poziom lęku, rozumianego jako predyspozycja do występowania reakcji lękowych oraz jako odpowiedź na sytuację, w jakiej pacjentki się znalazły.

Na podstawie przeprowadzonego badania szeroko pojętej jakości życia pacjentek, można wnioskować o nieznacznym wsparciu społecznym, na jakie mogą liczyć kobiety zarówno ze strony rodziny, jak i najbliższych przyjaciół. Zdecydowane obniżenie samooceny, dotyczące znacznej większości badanych, rezygnacja z życia seksualnego, ograniczenie aktywności pozazawodowej współlistnieje z poczuciem uzależnienia od choroby i niezadowolenia ze stanu swojego zdrowia.

Na podstawie przeprowadzonych badań nie uzyskano potwierdzenia doniesień z literatury jakoby zaburzenia nastroju u kobiet po histerektomii występowały u tych pacjentek, które wcześniej odczuwały zaburzenia depresyjno-lękowe. W grupie badanych kobiet nie stwierdzono istnienia takiej zależności. Nie zaobserwowano nasilenia objawów depresyjnych, wystąpienia poczucia beznadziejności, obniżenia samooceny, natężenia negatywnych myśli automatycznych w zależności od wcześniej odczuwanych dolegliwości. Można natomiast wnioskować, iż wystąpienie przed zabiegiem okresów nasilonego lęku i niepokoju predysponuje pacjentki do reagowania stanami lękowymi na sytuacje, w której aktualnie się znajdują. Wyniki badań pozwalają stwierdzić, iż u kobiet tych występuje obniżony próg tolerancji na sytuacje trudne i stresowe, stąd podwyższenie wyników w obu skalach lęku: STAI I i STAI II.

Badania, których wyniki prezentuje niniejsza praca, obejmują wczesny okres pooperacyjny, można więc jedynie wnioskować, że okres ten jest szczególnie trudny dla kobiet i wymaga on od specjalistów szczególnej uwagi. Niezapobieżenie w odpowiednim czasie rozwijaniu się zaburzeń depresyjno-lękowych może przyczynić się do ich nasilenia i utrwalenia w okresie późniejszym. Problem ten wymaga dalszych badań, obserwacje kliniczne wskazują bowiem, że w ciągu trzech lat po zabiegu rozwija się u wielu kobiet pełnoobjawowy zespół depresyjno-lękowy wymagający leczenia farmakologicznego.

Podsumowanie

Histerektomia jest zabiegiem w istotny sposób wpływającym na jakość obrazu własnej osoby, obniżenie samooceny, zmiany stylu życia. Uzyskane wyniki badań wskazują na konieczność bardziej wnikliwego zajęcia się problemem zaburzeń nastroju i występowania stanów lękowych u kobiet po tym rodzaju zabiegu.

Na przebieg okresu pooperacyjnego i powrót pacjentek do zdrowia istotny wpływ ma ich samopoczucie i doświadczana przez nie jakość życia. Udany zabieg w rozumieniu medycznym nie jest gwarancją przywrócenia zdrowia w rozumieniu holistycznym.

Wyniki badań i obserwacje kliniczne wskazują, iż na zaburzenia depresyjno-lękowe, będące następstwem przebytego zabiegu, cierpi połowa kobiet, przy czym jedna czwarta z nich wymaga pomocy specjalistycznej.

Brak psychologicznego przygotowania do zabiegu, nieobecność osób bliskich

przy podejmowaniu decyzji o operacji, nieznajomość zakresu zabiegu, niedostatek opieki psychologicznej po wykonaniu zabiegu w istotny sposób mogą wpływać na rehabilitację i powrót do wcześniej zajmowanych funkcji społecznych.

Istotne wydaje się wprowadzenie programu psychologicznego i objęcie opieką kobiet, które zgłaszają objawy wskazujące na rozwijanie się zaburzeń depresyjnych. Wystąpienie objawów depresji po zabiegu oraz wcześniejsze występowanie zaburzeń nastroju może być prognostyczne dla dalszego rozwoju choroby.

Wczesne rozpoznanie zaburzeń nastroju oraz podwyższonego poziomu lęku u kobiet po zabiegu histerektomii i szybkie wprowadzenie właściwego leczenia może zapobiec dalszemu nasilaniu się i utrwalaniu objawów.

Prowadzenie badań katamnesticznych obejmujących kobiety po zabiegu histerektomii, wykonanym z przyczyn nieonkologicznych, pozwoli na prześledzenie dynamiki zmian w zakresie zaburzeń nastroju w różnych okresach od zabiegu.

Summary

Hysterectomy is a surgical procedure that significantly affects the quality in which the operated person views herself, lowers self-esteem and brings about changes in the quality of life. The results of the presented study show the necessity of a more accurate and specific dealing with the problem of affective disorders and anxiety states in women who have undergone such an operation.

The course of the post-operative period and the return of the patients to full health are largely affected by their psychological state and the quality of life they experience. A successful (in a medical sense) surgical procedure is not a guarantee of the bringing back health in a holistic sense.

The results of studies and clinical observations show that half of the group of women operated suffer from anxiety-depressive disorders as a cause of the operation, and a quarter of all those operated require specialist help.

No psychological preparation for the operation, absence of closest people in the decision making before the operation, lack of knowledge on the surgical operational-span, lacking psychological aid after the operation – all these can significantly affect the rehabilitation and the process of regaining the social functions.

It appears vital to introduce a psychological programme and special care taking of the women who declare having symptoms which appear to lead to the development of depressive disorders. The appearance of depressive symptoms post-operatively as well as the earlier presence of affective disorder symptoms can be prognostic in the further development of the disorder.

The early diagnosis of the affective disorder and the higher level of anxiety in women post-hysterectomy and the fast application of appropriate treatment can inhibit further symptom elevation and persistence.

Catamnestic studies on women post-hysterectomy due to non-oncologic causes will allow seeing the dynamics of the changes in the affective disorders at different time intervals from the operation.

Äíðáínncañ-oiáçéíúí írdóřlíč' ó éíúçí d'ínél čnnídyęńičč.

Ñíánnáííúí čnnéíáíříč

Ñíáíçéříčí

Čnnídyęńičč' 'áé'ínn' áelřřnlěünnáíē ēíñíđíl nóúínnáííüē íáđřçíē áēč'íñ íř íáđřç náílé ēč-íínnč, níččříñ nřēíiölięó, čçéí'íñ íáđřç ččçíč. Đíēó-

=líúí d'íçóëüññú çññéíáíáíçé òëřçúáířñ íř ílíáóíáçéíññú áíéíí áíçéřñléüññáí ññířlíç' è d'đíáéłéł ířđóřlíçé ířñđíłíç' è d'í' áéłíç' óíáçéíúó ñññí' íçé ó élıúçí d'íñéł ñřéíáí áéłřñléüññáí.

Íř ñí-łíçł d'íññíđ'ířđóçíííáí d'íđçíář è áíçáđřñ áí çáíđíáü' nóúłññálıíł áéç' íçł íç-řçúáířñ èó ñřéí-óáññáçł è íđ'üñ á éççíłíúó ñçñóřóç' ó. Óñđ'íříł áéłřñléüññáí, ñ éłáçóçíñéé ñí-çç çđłíç', íł ářđřñçđółñ áíçáđřłíçł è çáíđíář ñ óíçéçñç-łñéé íáíñúáířííññúř.

Đłçóëüññú çññéíáíáíçé è èççíç-łñéçł ířáéřáłíç' óëřçúáířñ íř óřéñ, =ñí áłđ'đł-ñçáíř-óíáçéíúł ířđóřlíç', ñá'çřííúł ñ đđíáłálıíé íđ'ířóçłé, d'í' áé'řññ' ó đřéíáçíú élıúçí, đđç-łé íáíř =łñáłđñř' çç íçó ñđáółñ ñđ'łóçřéçñç-łñéé đřéíúç. Íññóññáçł đ'ñçóíéíáç-łñéé đříáñíáçç è íđ'ířóçé, íññóññáçł áéççççó èřáłé đđç d'đçí' ñçç đłřlíç' í áéłřñléüññáł, íłçíříçł đřçéłđř íđ'ířóçé, íññóññáçł đ'ñçóíéíáç-łñéé íđ'łçç d'íñéł đđíáłálıíé íđ'ířóçé nóúłññálıúé íáđřçé éíáóñ áéç' ñú íř đřáçéçñřóç' è áíçáđřłíçł è đříł çñđřéí' léúé íáúłññálıúé óóíçéç' è.

Nóúłññálıúé óřéñé' =áé' łññ' ááłáłíçł đ'ñçóíéíáç-łñéé đđíáđřéçú è íóářñ íđ'łéé élıúçí, èíñđłł çřéóřññ' íř áłđ'đłñçáíł ñçéđ'ñéú. Đí' áéłíçł áłđ'đłñçé d'íñéł íđ'ířóçíííáí áéłřñléüññáí, í ñřéçł đříł đđçñóññáóřúçł ířđóřlíç' ířñđíłíç' éíáóñ çéłñú đđíáíññç-łñéçł çíř-łíçł áé' ñřéíáí đíář áéłřñléüññáí.

Đříłł áçřáíññçđíáříçł ířđóřlíçé ířñđíłíç' è đđíáúřłííáí óđíáí' óíáçé úó élıúçí d'íñéł çñłđřéñéçç è áúññđłł ááłáłíçł ñíñáłññáóřúłáí éł-łíç' éíáóñ đđłáóđ'đłçářñú d'íñéłáóřúłł đřçáçñçł è óççéçđíáříçł ñçéñíéíá.

Đđíáłálıíçł çřñřéíłñç-łñéçó çññéíáíáíçé, íóářñúářřúçó élıúçí d'íñéł çñłđřéñéçç, đđíáłálıíé đđç íł íđ'óóíéłáúó ñññí' íç' ó' đřçáíé' łñ íř đđíñéłçáříçł áçířéççé ççéłíłíçé á đřáçółł ířđóřlíçé ířñđíłíç' á đřçéç-íúó d'íđçíářó èççíç d'íñéł đđíáłálıíé íđ'ířóçé.

Angst und Depressionsstörungen bei Frauen nach der Histerektomie – eigene Forschungen

Zusammenfassung

Histerektomie ist ein Eingriff, der das Bild eigener Person qualitativ beeinflusst, der die Selbstbeurteilung senkt und Veränderungen des Lebensstils verursacht. Die erzielten Untersuchungsergebnisse zeigen eine Notwendigkeit, sich mit den Problemen der Stimmungsstörungen und Angststörungen bei Frauen nach diesem Eingriff näher zu beschäftigen.

Das Allgemeinbefinden und die Lebensqualität der Frauen haben einen großen Einfluss auf den Verlauf der postoperativen Zeit und die Rekonvaleszenz. Ein gelungener Eingriff nach dem medizinischen Gesichtspunkt ist keine Garantie auf die Wiedergenesung im holistischen Sinne.

Die Forschungsergebnisse und klinische Beobachtungen zeigen, dass die Hälfte der Frauen an Angst- und Depressionsstörungen nach der Operation leidet, dabei braucht jede vierte von ihnen spezialistische Hilfe.

Das Fehlen von psychologischer Vorbereitung zur Operation, Abwesenheit der Nächsten bei der Entscheidung für Operation, nicht genügende psychologische Hilfe nach der Operation können die Rehabilitation und die Rückkehr zu früheren sozialen Funktionen wesentlich beeinflussen.

Wichtig scheint die Einführung eines psychologischen Programms zu sein. Die Frauen, die Symptome melden, die auf die Entwicklung der Depressionsstörungen hinweisen, sollen betreut werden. Die Depressionssyndrome nach dem Eingriff und früheres Auftreten der Stimmungsstörungen kann prognostisch für weitere Krankheitsentwicklung sein.

Eine frühe Diagnose der Stimmungsstörungen und erhöhten Angst bei Frauen nach der Histerektomie und schnelle Einführung einer richtigen Behandlung können eine weitere Verbreitung der Intensität und Fixierung der Symptome verhindern.

Die Durchführung der katamnestischen Forschungen bei Frauen nach der Histerektomie

aus nichtonkologischen Gründen erlaubt die Dynamik der Veränderungen im Bereich der Stimmungsstörungen in unterschiedlicher Zeit nach der Operation zu beobachten.

Les troubles dépressifs-anxieux des femmes après l'hystérectomie

Résumé

L'hystérectomie change d'une façon importante la qualité de l'image de la personnalité, elle abaisse l'autocritique et cause le changement de façon de vivre. Les résultats obtenus par les auteurs démontrent qu'il faut examiner d'une manière plus détaillée les problèmes des troubles de l'humeur et les troubles anxieux chez les femmes après l'hystérectomie. La bonne humeur et la bonne qualité de vie importe pour le processus de guérison des patientes et non seulement la réussite chirurgicale. Les résultats des examens et les observations cliniques indiquent que la moitié de femmes souffre des troubles dépressifs-anxieux comme suite de l'intervention chirurgicale et ¼ d'entre elles exige une thérapie spécialisée. Il y a plusieurs facteurs qui influent d'une façon importante sur la réhabilitation des patientes et sur leur retour à la société : manque de la préparation psychologique à l'opération chirurgicale, absence des personnes proches au cours de la décision de l'hystérectomie, mauvaise connaissance de l'opération, manque de la thérapie psychologique après l'intervention. Il semble qu'il est nécessaire d'introduire la thérapie psychologique pour les femmes qui signalent les symptômes des troubles dépressifs. Ces symptômes après l'intervention chirurgicale et les troubles de l'humeur d'avant pronostiquent pour le développement de maladie. Le diagnostic précoce des troubles de l'humeur, des troubles anxieux après l'hystérectomie et la thérapie immédiate spécialisée peuvent empêcher à persister ces symptômes. Les recherches catamnestiques concernant les femmes après l'hystérectomie faite des raisons non cancérologiques permettent d'analyser la dynamique des changements des troubles de l'humeur pendant de différentes périodes après cette intervention.

Piśmiennictwo

1. Richards DH. *A post-hysterectomy syndrome*. Lancet 1974; 2: 983–985.
2. Van Den Eeden KS, Glasser M, Mathias SD, Colowell HH, Pasta DJ, Kunz K. *Quality of life, health care utilization, and costs among women undergoing hysterectomy in a managed-care setting*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1998; 178: 91–101.

Otrzymano: 19.02.2001

Zrecenzowano: 6.03.2001

Przyjęto do druku: 23.05.2001

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